UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

-:-

Année 1956 N° 274

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

André, Laurent , Albert , Paul GASIGLIA

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Septembre 1926 à Nice (Alpes Maritimes)

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DU COL UTERIN AU COURS DE LA GROSSESSE

-:-

Président : Monsieur LANTUEJOUL (Professeur)

-:-

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

NOM DU CANDIDAT : GASIGLIA

PRENOMS : ANDRE , LAURENT , ALBERT , PAUL .

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE LA SOUTENANCE :

NUMERO D'ORDRE :

I

GASIGLIA (ANDRE)

Contribution à l'étude du cancer du col utérin au cours de la grossesse .

PARIS , (Privé) ,
I?6 pages
Thèse Méd. - Et. - PARIS

2

GASIGLIA (ANDRE)

Contribution à l'étude du cancer du col utérin au cours de la grossesse .

PARIS , (Privé) ,
I36 pages
Thèse Méd. - Et. - PARIS

3

GASIGLIA (ANDRE)

Contribution à l'étude du cancer du col utérin au cours de la grossesse .

PARIS , (Privé) ,
I?6 pages
Thèse Méd. - Et. - PARIS

4

GASIGLIA (ANDRE)

Contribution à l'étude du cancer du col utérin au cours de la grossesse .

PARIS , (Privé) ,
I?6 pages
Thèse Méd. - Et. - PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552423_0034

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

-:-

Année 1956 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

André, Laurent , Albert , Paul GASIGLIA

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Septembre 1926 à Nice (Alpes Maritimes)

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DU COL UTERIN AU COURS DE LA GROSSESSE

-:-

Président : Monsieur LANTUEJOUL (Professeur)

-:-

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN , BENARD , CADENAT , CARNOT , CHABROL , CHAMPY , CHEVASSU , DELBET , DONZELOT , CASTINEL , GUILLAIN , HALPHEN , HARVIER , LAROCHE (G) , LAUBRY , LEMAITRE , LEMIERRE , LEVY-SOLAL , LHERMITTE , LIAN , POEPER , MARION, MATHIEU , MAOCQUOT , MONDOR , MULON , OLIVIER (E) , OMBREDANNE , SANNIE , SEZARY , TANON .

DOYEN ..... LEON BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... JEAN VERNE

I. - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER
Anatomie Pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY-BERT
Biologie Médicale		FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J)
Carcinologie		N...
Chimie médicale		JAYLE
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	BROCQ
	Broussais	de GAUDART d'ALLAINES
	Salpétrière	MOULONGUET
	Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie		MOUQUIN
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture		LEVONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER

Clinique des maladies du système nerveux ..... ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants ..... DEBRE
Clinique des maladies infectieuses ..... MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..... DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition ..... BOULIN
Clinique gynécologique ..... FUNCK-BRENTANO

Cliniques médicales .....
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY
- Bichat ..... J. BESANCON
- Cochin ..... MOREAU
- Broussais ..... de GENNES

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ..... DEBRAY
Clinique médicale propédeutique ..... PASTEUR VALLERY-RADOT

Cliniques obstétricales ....
- TARNIER ..... LANTUEJOUL
- Baudelocque ..... LACOMME
- Port-Royal ..... VARANGOT

Clinique ophtalmologique ..... VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique ..... AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..... RICHET
Clinique psychiatrique infantile ..... HEUYER
Clinique rhumatologique et sociale ..... COSTE
Clinique stomatologique ..... DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale ..... SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale ..... LEMAIRE
Clinique urologique ..... FEY
Embryologie ..... GIROUD
Génétique ..... LAMY
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie ..... SOULIE
Histologie ..... VERNE
Hygiène et clinique de la première enfance ..... CATHALA
Hygiène et médecine préventive ..... JOANNON
Médecine du travail ..... DESOILLE
Médecine légale ..... PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..... GALLIARD
Pathologie chirurgicale ..... MENEGAUX
Pathologie exotique ..... LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée ..... LENEGRE
Pathologie humorale et Immunologie expérimentale ..... MERKLEN
Pathologie médicale ..... DECOURT
Pathologie et thérapeutique générales ..... GARCIN
Pédiatrie sociale ..... MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale ..... HAZARD
Physiologie ..... BINET
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)... DOGNON
Physique médicale ..... STROHL
Radiologie médicale ..... DESGREZ

MM.

Technique chirurgicale ..... PATEL
Thérapeutique ..... TURPIN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES et AGREGES

Anatomie ..... CABROL, DEBEYRE, DELMAS Pr s ch, OLIVIER
Anatomie pathologique ..... GAUTHIER-VILLARS (Melle P) Pr s ch, BUSSER, GOUYGOU
Bactériologie ..... CHRISTOL, NEVOT
Biochimie médicale ..... ETTORI, POLONOVSKI
Biologie médicale ..... BOURLIERE
Dermato-syphiligraphie ..... DUPERRAT
EMBRYOLOGIE ..... TUCHMANN
Histologie ..... BULLIARD, COUJARD
Hydrologie ..... CORNET
Hygiène ..... BOYER, DEPARIS Pr s ch
Maladies infectieuses ..... BASTIN
Médecine légale et du travail ..... DEROBERT Pr s ch, GAULTIER, HADENGUE
Neuro-chirurgie ..... DAVID
Neurologie ..... LHERMITTE
Obstétrique ..... GRASSET, LE LORIER, LEPAGE, MERGER, MORIN, RAVINA, ROBEY
Ophtalmologie ..... BREGEAT, DESVIGNES
Orthopédie ..... JUDET
Oto-rhino-laryngologie ..... N ..., AUBRY, MAURO
Parasitologie ..... BRUMPT
Parasitologie coloniale ..... CHABAUD

MM.

Pathologie chirurgicale	ABOULKER
	BARCAT
	BAUMANN
Pathologie chirurgicale	CAUCHOIX
	DUBOST
	FAUREL
	FLABEAU
	GERMAIN
	GOSSET
	LAURENCE
	LORTAT-JACOB
	MATHEY
	OLIVIER (Cl)
	POILLEUX
	THOMERET
	VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER J.
	MAURICE
Pathologie médicale	BOUVIER
	BOUDIN
	BRICAIRE
	BRISSAUD
	CASTAIGNE
	CONTE
	DEROT
	DOMART
	LALOTTE
	LAROCHE
	MACREZ
	MILLIEZ
	PEQUIGNOT
	PERRAULT
	RAMBERT
	ROYER
	THIEFFRY
	TURIAF
	VOLFROMM
Pédiatrie	JOSEPH
	POLONOWSKI (Cl)
	MOZZICONACCI
Pharmacologie	LEVY (Melle) Pr s ch
	CHEYMOL Pr s ch
Physiologie	BARGETON
	DEJOURS
	PARROT
Physique médicale	DJOURNO Pr s ch
	COUGEROT
Pneumo-phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK
	PICHOT

MM.

Psychiatrie infantile ..... MICHAUX
Rhumatologie ..... DELBARRE
Stomotalogie ..... CERNEA, CHAPUT (Mme)
Thérapeutique ..... CHASSAGNE
Urologie ..... KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
(pour le service des examens)

GATELLIER (Clinique chirurgicale) , LE LORIER V. (Obstétrique) ,
VAUDESCAL (Obstétrique) .

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRES ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE .

	à titre permanent	MM.
Clinique chirurgicale		AMELINE, HUGUIER, LEGER, PADOVANI, ROUX, RUDLER, SICARD
Clinique médicale		BROUET, DREYFUS, FAUVERT, HAGUENAU, HAMBURGER, KOURILSKY, MARCHAL
Clinique obstétricale		ECALLE, MAYER
Clinique ophtalmologique		OFFRET, RENARD
Clinique urologique		COUVELAIRE

-:-

Secrétaire Général de la Faculté ..... M. MOREL
Secrétaire ..... Melle CHAINTREUIL

-:-

Bibliothécaire en Chef ..... Dr. HAHN
Conservateur ..... Melle GOICHON
Bibliothécaires ..... Melle DUMAITRE, LE NOIR, METIN, QUIEVREUX

-:-

Par délibération en date du 9 décembre 1798 , l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées , doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

-:-

A ma Mère ,

A qui le dois tout

Que cette thèse soit un gage à sa persévérance ,
à sa clairvoyance et le témoignage de ma
plus grande tendresse .

A mon Père et à ma Grand'Mère ,

A mon Beau-Père , le Docteur Paul TRUFFERT ,

Membre de l'Académie de Chirurgie ,

Chevalier de la Légion d'Honneur
Oto-rhino-laryngologiste Honoraire de
l'Hôpital Bon-Secours .

A ma Belle-Mère
Avec mon affectueuse sympathie .

A ma Femme et à mes Enfants ,
Avec toute ma tendresse .

A mon Frère et à ma Belle-Soeur ,

A mes Beaux-Frères et Belles-Soeurs ,

A ma Famille ,

A tous mes Amis .

A mon Président de Thèse ,

Monsieur le Professeur LANTUEJOUL ,

Professeur de Clinique Obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris ,
Officier de la Légion d'Honneur .

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse .

Il fut , pour moi , un guide
précieux et un Maître
trés honoré .

Qu'il trouve ici le témoignage
de mon attachement , ma
respectueuse gratitude ,
pour tout ce qu'il a fait
pour ma famille et pour
moi .

A mon Oncle ,

Monsieur le Professeur Agrégé Maurice DEROT ,

Médecin-Chef de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur .

Pour le soutien et l'affection qu'il m'a témoignés , en tout instant, au cours de mes années d'études médicales ,

En reconnaissance pour l'intérêt et les conseils qu'il n'a jamais cessé de me témoigner .

A ma Tante

le Docteur R. DEROT ;

Avec ma plus vive gratitude et mes affectueux sentiments .

A mes Maîtres d'Externat et d'Internat (F.F.)

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Monsieur le Professeur LANTUEJOUL

Monsieur le Professeur Agrégé DEROT .

A Monsieur le Docteur TOUVAY ,
Chef de Service de la Maternité de Mantes ,

Hommages Respectueux .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DU COL UTERIN AU COURS DE LA GROSSESSE .

-: :-.-

CHAPITRE I

GENERALITES

-:-:-

La localisation du cancer sur le col de l'utérus de la femme enceinte est une éventualité relativement rare , qui pose , des problèmes angoissants , tant pronostiques que thérapeutiques, problèmes qui ont attiré , depuis fort longtemps , l'attention de l'obstétricien , du chirurgien , et , plus récemment , du physiothérapeute .

Problèmes angoissants car , malgré le travail des anatomopathologistes et des biochimistes , malgré le perfectionnement des techniques de recherches , malgré le perfectionnement des moyens de détection , la greffe d'un cancer sur le col gravidique pose encore des problèmes d'une extrême complexité dont la solution n'apparait pas en toute clarté .

Problèmes angoissants car deux vies sont en jeu : celle d'une femme , en règle multipare , dont la présence au foyer n'est que trop nécessaire ; celle , aussi , d'un enfant , parfois à la limite de la viabilité et dont la présence risque d'entrainer ner , dans un avenir rapproché , la mort de sa mère .

Nous avons encore présent à l'esprit les prémières observations de gestantes qui , présentant un cancer du col de l'utérus , accouchèrent spontanément d'un enfant vivant , observations que M. PAQUY publia , en 1893 , dans les Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris .

Cette tercipare , agée de 35 ans , enceinte de quatre mois , quand fut découvert , devant des métrorragies et des douleurs abdominales , un cancer du col de l'utérus . Elle mena la grossesse à terme , et , malgré des bourgeons néoplasiques dystociques , siégeant sur la partie gauche du col , pût accoucher , normalement , d'un garcon vivant , pesant 3.250 gr. ; l'absence de lésion cervicale fut constatée au cours d'une révision sous valves .

Cette autre tercipare , agée de 36 ans , enceinte de trois mois , uand des métrorragies firent découvrir un cancer siégeant sur la face antérieure avec léger envahissement du segment inférieur , accoucha , également , à terme spontanément d'un enfant vivant , pesant 3.400 gr.

Mais ces deux observations , dans lesquelles la femme a survécu à l'accouchement , n'étaient pas de règle et , le plus souvent , le cancer du col , coexistant avec une grossesse , était trés dystocique et du plus sombre pronostic pour la mè-

re , comme en témoigne , par exemple , cette observation , publiée , également , en I893 , par M. PORAK , Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière .

Une douzième pare avait présenté des grossesses normales jusqu'à l'avant-dernière gestation , terminée prématurément , au terme de sept mois , par l'accouchement d'un enfant mort-né , en présentation du siège , neuf jours aprés la rupture de la poche des eaux .

Depuis cette gestation , elle présentait des ménométrorragies , des douleurs , tandis que l'état général déclinait progressivement . Devenant une nouvelle fois enceinte , elle mena la grossesse à terme .

A son entrée à l'Hôpital , au debut du travail , l'examen révéla un cancer du col étendu aux parois osseuses du bassin ; l'auscultation des bruits du coeur était négative .

Deux jours aprés son admission , la dilatation restant stationnaire à cinq francs , la fièvre s'élevant , il fallut terminer l'accouchement . Le lendemain , elle décédait .

A l'autopsie , on trouvait , sur la face postérieure du col , une rupture du col remontant sur le segment inférieur .

Tels étaient , le plus souvent , les résultats observés au cours des accouchements de femmes enceintes porteuses d'un cancer du col de l'utérus .

Au point de vue thérapeutique , certains , certes , à la suite de SCHRODER , pratiquaient , déjà , des amputations du col , dans un double but thérapeutique : d'abord immédiat , mais , surtout , lointain , pour supprimer l'obstacme lors de l'accouchement . Des cas , suivis de survie assez longue pour permettre de nouvelles grossesses , furent même publiés .

Mais , le plus souvent , on considérait que le pronostic maternel , si la gestante avait survécu à l'accouchement , était fatal en six à huit mois , même si l'on pratiquait une hystérectomie . Aussi la mère était-elle condamnée au profit du foetus , tout en sachant que l'accouchement représentait , pour celui-ci , une étape dangereuse .

Nous avons présenté , au début de cette thèse , ces trois observations anciennes pour montrer que les cancers du col gravide posaient , déjà en 1893 , des problèmes angoissants de conduite à tenir , aux praticiens qui , sans les moyens de détection actuels , voyaient des cancers évolués .

A ce problème du cancer du col chez la femme enceinte , nous apportons onze observations .

Dans un premier chapitre , seront relatées les observations .

Dans un deuxième chapitre , seront envisagés les rapports du cancer du col utérin et de la puerpuéralité .

Le troisième chapitre sera consacré à la Clinique et aux examens complémentaires .

Le dernier chapitre traitera de la thérapeutique .

De ces observations , dont la plus ancienne remonte à 1947 , mais dont les plus récentes présentent un recul , peu-être insuffisant , nous essayerons de dégager l'attitude thérapeutique qui nous parait la meilleure , à l'heure actuelle .

Ces observations , nous les devons , en partie , à l'amabilité de M. le Professeur LANTUEJOUL , M. le Professeur Agrégé MERGER , M. le Docteur Paul GIBERT , que nous tenons à assurer de notre respectueuse gratitude .

-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS

-:-:-:-

OBSERVATION N° I :

Marcelle DEN... , âgée de 38 ans , tercipare , quartigeste , est venue consulter à la Clinique Tarnier , le I2 Avril I950 pour :

- grossesse de quatre mois compliquée
- de pertes de sang rouge , provoquées , apparues depuis deux mois et précédées de leucorrhée.

Dans les antécédents : rien de particulier à signaler si ce n'est , en I945 , une fausse couche de un mois et demi .

A l'examen :

- on constate que la grossesse évolue normalement , l'auscultation des bruits du coeur est positive .
- Le toucher vaginal révèle , sur la partie postérieure du col , une masse grenue , saignant au contact , non indurée , localisée .
- Au spéculum , no voit que cette masse est un peu irrégulière et qu'elle est implantée par deux pédicules sur la lèvre postérieure du col .

Cette masse est prélevée : son examen histologique mntre qu'il s'agit d'un cancer en surface , et , qu'il existe

quelques monstruosités nucléaires .

Aprés l'ablation de cette tumeur , la malade est suivie régulièrement . La grossesse évolue normalement jusqu'au terme de huit mois , d'aprés les dernières règles . Le 7 Août I950 , la malade vient accoucher à la Clinique Tarnier .

L'accouchement fut normal . Il dura trois heures vingt-cinq . Il naquit un enfant vivant , de sexe masculin , pesant 3.250 gr. Délivrance normale et complète . Suites de couches apyrétiques et la malade sortit douze jours aprés l'accouchement .

L'enfant , nourri au sein , aprés avoir atteint comme poids de chute 3.875 gr. , reprit du poids normalement . A la sortie , il pesait 3.575 gr.

Deux mois aprés l'accouchement , en Octobre I950 , il est pratiqué une hystérectomie totale élargie à la Wertheim avec curage ganglionnaire . L'examen de la pièce montre la présence d'un cancer du col de l'utérus , sans grand envahissement local .

L'intervention fut facile ; les suites opératoires sans incidents .

Il semble donc s'agir d'un cancer au stade I opératoire .

En Décembre I950 , deux mois aprés l'hystérectomie , l'état local est satisfaisant et la malade va consulter dans le Service de Roentgenthérapie et de Curiethérapie de l'Hôpital de la Salpêtrière .

Il est décidé , d'abord , de pratiquer la pose d'un colpostat (Huit foyers de 25) pendant cinq jours , puis un traitement de roentgenthérapie : deux cent "r" par jour en deux champs .

La dose totale a été de 6.000 "r" .

Depuis , la malade est suivie régulièrement . L'état général n'est pas altéré . Le poids est stationnaire .

Au dernier examen , cette année , on constatait aucune modification de la souplesse vaginale au toucher vaginal et au toucher rectal .

CONCLUSION :

- grossesse de quatre mois , accouchement à terme ,
- cancer au stade I opératoire ,
- hystérectomie totale élargie avec curage ganglionnaire deux mois aprés l'accouchement ,
- curiethérapie par colpostat puis roentgenthérapie post-opératoire ,
- femme , encore en vie , cinq ans aprés l'intervention .

-:-:-:-

OBSERVATION N° 2 :

Odette DOUIL.... , âgée de 39 ans , IV geste , III pare :

- était suivie , à la Maternité de l'Hôpital Foch , pour une vaste ulcération péri-orificielle dont une biopsie avait montré l'absence de signe de malignité , mais les frottis vaginaux , pratiqués régulièrement , étaient de la classe III de Papanicolaou .

- Chez cette femme , on découvre , en Avril 1953, lors d'un examen , une grossesse jeune , de deux mois (dernières règles 15-2-53) d'aspect normal .

On pratique de nouveaux examens complémentaires : des frottis vaginaux qui montrent , alors , des atypies cellulaires , faisant conclure à une classe IV ; une nouvelle biopsie qui montre la transformation maligne et revèle l'existence d'un épithélioma malpighien intermédiaire .

Devant ces résultats , l'intervention est décidée aussitôt .

Une hystérectomie élargie avec lymphadénectomie est pratiquée .

Au cours de l'intervention , on ne note pas d'infiltration des paramètres .

- Il s'agit donc d'un stade I opératoire .
- Les suites opératoires furent normales et la malade quitte le service I6 jours aprés l'intervention .
- L'examen histologique de la pièce confirme le diagnostic et conclut à une tendance envahissante accusée . Les ganglions prélevés ne sont pas envahis .

Trois mois aprés l'intervention , l'état local ne montre rien d'anormal . Un frottis vaginal révèle la persistance de quelques anomalies nucléaires .

Aprés l'intervention , un traitement androgénique est institué pendant deux mois et la malade est régulièrement suivie . Localement , on ne note rien d'anormal mais la cicatrice vaginale manque un peu de souplesse .

Un an aprés l'intervention , en Février I954 ,

- on découvre , sur la cicatrice vaginale , la présence d'un nodule induré , saignant au contact .
- Des frottis vaginaux révèlent l'existence d'un petit groupe de cellules à noyaux anormaux qui font conclure à une classe III . Sur la biopsie , des éléments suspects.

- On pratique , alors , un traitement roentgenthérapique . La malade reçoit , d'abord , 2.750 " r " en quatre champs , et , un mois aprés , dévant l'apparition de douleurs pelviennes à irradiations crurales , en rapport avec des métastases osseuses , 4.000 " r " en deux champs et 2.000 " r " en deux champs .

La malade va en convalescence à Nanterre .

Pendant son séjour , apparait une fracture spontanée d'un fémur . Une amputation du membre est pratiquée .

Peu aprés l'intervention , la malade succombe , soit I8 mois aprés la découverte du cancer .

CONCLUSION :

- grossesse de deux mois et demi ,
- cancer d'origine malpighienne , au stade I opératoire , à tendance envahissante ,
- hystérectomie élargie avec lymphadénectomie

- roentgenthérapie , un an aprés l'intervention ,
  pour récidive locale et métastases ,
- mort de la malade , I8 mois aprés l'intervention ,
- cause du décés : extension du cancer .

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 3 :

Marie-Chantal TRAV.... , âgée de 27 ans , secondipare , secondigeste , est admise , le 6 Décembre I95I , à l'Hôpital Central venant de la Roquette , pour :

- pertes de sang quasi-permanentes depuis un mois,
- coexistant avec une grossesse de sept mois (dernières règles le 5 Mai I95I) .

A l'examen :

- le col est irrégulier , dur .
- Au spéculum , on voit un bourgeon sur la lèvre postérieure du col , saignant au contact .
- Au toucher rectale , les paramètres ne semblent pas envahis mais la partie supérieure de la cloison recto-vaginale est infiltrée .
- Par ailleurs , la grossesse évolue normalement . L'auscultation des bruits du coeur est positive .
- Une biopsie confirme le diagnostic clinique de cancer . Elle révèle qu'il s'agit d'un épithélioma intermédiaire d'origine glandulaire , semblant d'une grande malignité .

L'intervention est décidée .

Il est pratiqué une opération césarienne qui permet d'extraire un petit foetus de 700 gr. Cette opération césarienne est aussitôt suivie d'une hystérectomie totale élargie . On procède , en particulier , à la résection de la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin .

Aucun traitement complémentaire n'est entrepris .

Le I3 Mai I95[illegible] , cinq mois aprés l'intervention , on découvre une fistule recto-vaginale par où sont émises les matières fécales et s'accompagnant de dysurie avec ténesme vésical . L'état général est très altéré .

A l'examen , on note une énorme masse postérieure , fixée avec envahissement du cul-de-sac antérieur .

Peu de temps aprés , la malade succombe . Cette mort est donc en rapport avec unerécidive locale du cancer .

CONCLUSION :

- grossesse de sept mois ,
- cancer d'origine glandulaire , de grande malignité , envahissement du vagin ,
- opération césarienne suivie d'hystérectomie totale élargie
- mort de la malade avant six mois
- cause du décés : récidive locale , fistule recto-vaginale .

OBSERVATION N° 4 :

Eugénie BAR... , âgée de 36 ans , IX geste , IX pare , est envoyée au Service de Curiethérapie et de Roentgenthérapie de l'Hôpital de la Salpêtrière par M. le Professeur DIGONNET pour :

- grossesse de six mois (dernières règles du 27 Août au Ier Septembre 1951) ,
- cancer du col de l'utérus , suspecté devant des leucorrhées devenant roussâtres et fétides , puis hémorragiques , cancer confirmé par les frottis vaginaux (Classe V) et une biopsie (épithélioma baso-cellulaire) .

A l'examen : polype de la taille d'une mandarine dont le pédicule remonte dans le canal cervical , polype sphacélé induré sur la lèvre antérieure du col . Les culs-de-sac sont souples au toucher vaginal . Cependant le paramètre droit semble plus résistant .

Il s'agit donc d'un cancer au stade II clinique .

Il est pratiqué une curiethérapie vaginale :

- d'abord par pose d'un colpostat , laissé 24 heures . La dose a été de 7,80 mcd.

- ensuite par radium-puncture : I5 aiguilles , détruisant , chacune , I0 millicuries à l'heure , enfoncée en pleine masse tumorale , laissées 5 jours . La dose a été de I8 mcd.
- enfin un second colpostat , laissé 24 heures , la dose a été de 4,80 mcd.

La dose totale a été de 50,6 mcd.

Aprés cette curiethérapie , la malade est suivie régulièrement , la grossesse évolue normalement et , même , une amélioration locale trés nette est notée . Un mois aprés , en effet , l'examen montre une tumeur en régression , un col régulier , des culs-de-sac souples , une muqueuse en voie de guérison .

Deux mois aprés la fin du traitement curiethérapique , le 5 Avril I952 , la malade accouche , normalement , au terme de huit mois , d'aprés les dernières règles , (en fait à terme) , d'un enfant de sexe féminin , vivant , pesant 4.000 gr. La délivrance , naturelle et complète , pesait 700 gr. et ne présentait aucune anomalie . Une révision du col sous valves ne montra pas de déchirure .

L'enfant , nourri à l'allaitement artificiel , aprés avoir perdu 520 gr. , prend du poids normalement et atteint son poids

de naissance le 38è jour . A la naissance , la formule sanguine est normale .

Les suites de couches furent normales . A la sortie , le I8è jour , l'examen montre un utérus bien involué . Au toucher rectal , la résistance du paramètre droit est retrouvée . A l'examen au spéculum , on voit une zone exulcérée sur le versant interne de l'orifice du col dont la biopsie montre l'absence de signes de malignité .

Par contre , un frottis vaginal , alors pratiqué , est encore de la classe V de Papanicolaou .

Un traitement de curiethérapie complémentaire est institué . Dix huit jours aprés l'accouchement , pose d'un colpostat , laissé trois jours (dose reçue : I4,40 mcd) et d'une sonde intra-utérine contenant trois tubes de IO mg , laissée six jours (dose : 32,40 mcd) .

La dose totale de ce traitement complémentaire a été de 46,80 mcd.

Une crise de Rhumatisme Articulaire Aigü , nécessaitant l'hospitalisation , retarde l'hystérectomie élargie qui n'est pratiquée qu'à la fin du mois de Novembre , six mois aprés

l'accouchement . L'examen histologique de la pièce montre des glandes du col dilatées mais à épithélium atrophique . L'absence d'atypie nucléaire , une basale respectée .

Les suites opératoires furent satisfaisantes .

Le 27-I-57 , la malade succombe aux décours d'une crise d'Oedème Aigü du Poumon , consécutive à une cardiopathie antérieurement connue .

On peut donc affirmer que cette mort est indépendante du cancer .

CONCLUSION :

- grossesse de six mois , accouchement normal à terme
- cancer baso-cellulaire , au stade II clinique ,
- curiethérapie par colpostat et radium-puncture pendant la grossesse . Curiethérapie aprés l'accouchement . Hystérectomie élargie secondairement .
- mort de la malade , deux mois aprés l'intervention ,
- cause du décés : crise d'Oedème Aigü du Poumon , secondaire à une cardiopathie connue .

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 5 :

Simone DEMOI... , âgée de 25 ans , secondipare , secondigeste , est adressée , le 2 Juillet 1953 , par son médecin , à la Maternité de l'Hôpital Foch pour :

- grossesse de sept mois et demi (dernières règles : le 5 Novembre 1952) ,

- cancer du col de l'utérus , suspecté devant des pertes de sang provoquées , apparues depuis deux mois , s'accompagnant de douleurs pelviennes , et confirmé par une biopsie qui révèle un épithélioma atypique d'origine glandulaire .

A l'examen :

- le col est irrégulier , dur , présentant un polype irrégulier , friable , saignant au contact , dont le pédicule remonte dans le canal cervical et dont on fait le tour .

- Au toucher rectal , le paramètre gauche semble infiltré .

- Des frottis vaginaux permettent de conclure à la classe IV de Papanicolaou .

- Par ailleurs , la grossesse semble évoluer normalement . L'auscultation des bruits du

coeur est positive .

Il semble donc s'agir d'un cancer au stade II clinique.

Dans les antécédents , rien de particulier à signaler.

- Devant cette tumeur , à développement semblant rapi-

  - l'intervention est aussitôt décidée . Il est pratiqué une opération césarienne qui permet d'extraire un enfant de sexe féminin , vivant , pesant 2.470 gr. Cette opération césarienne est suivie aussitôt d'une hystérectomie élargie , par le procédé du Professeur AMELINE , avec lymphadénectomie .

  - L'examen per-opératoire révèle une infiltration du paramètre gauche . Par contre il n'y a pas d'adénopathie .

Il semble donc s'agir d'un stade II opératoire .

L'examen de la pièce opératoire confirme le diagnostic de cancer et montre qu'il s'agit d'une tumeur de malignité d'apparence exceptionnelle .

L'examen histologique des ganglions ne montre pas d'envahissement .

Les suites opératoires furent normales . La malade quitte le service vingt jours aprés l'intervention .

L'enfant , nourri à l'allaitement artificiel , aprés avoir atteint comme poids de chute 2.325 gr. , reprend du poids normalement et pèse , à sa sortie , 3.925 gr .

Une formule sanguine pratiquée à sa naissance , est normale .

Fin Décembre 1953 , cinq mois aprés l'intervention , la malade est hospitalisée , dans le service , pour troubles urinaires , grosse altération de l'état général , anoréxie , douleurs pelviennes .

L'examen révèle un abcés rétro-vésical , bloquant le petit bassin et des noyaux indurés au niveau de la cicatrice vaginale .

Une cystoscopie ne montre pas d'envahissement de la muqueuse .

Cet abcés est incisé et drainé .

Une biopsie est pratiquée qui montre la présence d'éléments d'allure néoplasique et de cellules inflammatoires .

Le I2 Février I954 , la malade succombe dans un tableau de cachéxie extrême .

Cette mort est en rapport avec le cancer .

CONCLUSION :

- grossesse de deux mois et demi ,
- cancer d'origine glandulaire au stade II opératoire , d'une extrême malignité ,
- opération césarienne suivie d'hustérectomie élargie avec lymphadénectomie ,
- mort de la malade sept mois aprés l'intervention
- cause du décés : l'extension locale du cancer .

-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 6 :

Lucile BOR... , âgée de 40 ans , IV pare , IV geste , est adressée , le Ier Janvier I947 , à la Clinique Tarnier , par une Sage-Femme de Ville qui avait découvert :

- chez une femme prés du terme , au début du travail ,

- une masse suspecte , siègeant sur le bord postérieur et le bord droit du col , gênant la dilatation , d'apparition récente puisqu'au cours du dernier examen obstétrical , pratiqué un mois auparavant , elle n'aurait rien noté d'anormal .

A l'examen

- le col est effacé , perméable à deux doigts sur toute sa longueur , dur , présentant , en effet , une masse en croissant anfractueuse , indurée , saignant au contact , semblant limitée au col . La mobilité semble conservée .

- Par ailleurs , on constate une présentation céphalique haute et mobile , la poche des eaux est intacte . L'auscultation des bruits du coeur est positive .

Dans les antécédents , à noter que la malade aurait consulté , en 1946 , pour leucorrhée . On aurait découvert un col " grenue " , mais aucune biopsie n'aurait été faite .

A l'interrogatoire , on retrouve la notion d'une altération de l'état général , d'une asthénie depuis un an , et l'apparition de pertes de sang provoquées , trois semaines avant le terme , mais qui n'ont pas inquiété la malade et ne l'ont pas fait consulter .

Le diagnostic clinique de cancer du col de l'utérus étant posé , la dilatation restant stationnaire , il est pratiqué :

- une opération césarienne qui permet d'extraire un enfant de sexe féminin , vivant , pesant 3.850 gr.
- Cette opération césarienne est suivie aussitôt d'une hystérectomie totale , au cours de laquelle on s'aperçoit que l'infiltration néoplasique dépasse largement la corne droite .

Il s'agit donc d'un cancer au stade II opératoire .

L'examen de la pièce opératoire montre la présence de gros bourgeons envahissant le canal cervical et une infiltra-

tion de la lèvre postérieure du col et , surtout , de la lèvre droite .

Les suites opératoires furent satisfaisantes .

L'enfant , nourri à l'allaitement mixte , aprés avoir atteint comme poids de chute 3.700 gr. , prend du poids normalement et pèse , à la sortie , 4.I00 gr.

A l'examen de sortie , dix neuf jours aprés l'intervention , au toucher vaginal , le fond utérin donne une impression de rétraction des tissus et , au spéculum , la cicatrice est granuleuse , presque ulcérée . Une biopsie ne montre pas de signe de malignité .

La malade est dirigée sur le Service de Curiothérapie et de Roentgenthérapie de l'Hôpital de la Salpêtrière , où est pratiquée un traitement par les rayons X , à raison de 200 "r" par deux champs , ilio-crural et ischiatique double , pendant huit séances .

A la fin du mois de Juin I947 , soit donc trois mois aprés la roentgenthérapie , quatre mois aprés l'opération césarienne suivie d'hystérectomie , la malade est hospitalisée à l'Hôpital de la Salpêtrière pour ictère fébrile (38°--39°)

et douleurs dans la fosse iliaque droite , non en rapport , semble-t-il , avec la sphère génitale .

Le 8 Juillet , la malade succombe sans un tableau de cachexie extrême , secondaire à cet ictère fébrile et douloureux

Il n'a pas été pratiqué d'autopsie .

CONCLUSION :

- grossesse à terme , femme en travail ,
- cancer d'origine glandulaire , au stade II opératoire ,
- opération césarienne suivie d'hystérectomie totale ,
- roentgenthérapie post-opératoire ,
- mort de la malade , six mois aprés l'intervention ,
- cause de décés : ictère fébrile et douloureux en rapport avec le cancer .

-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 7 :

Simone DEL... , âgée de 34 ans , IX geste , VII pare , est adressée à la Clinique Tarnier pour :

- col suspect , saignant au contact , découvert à l'occasion du premier examen prénatal , dans un dispensaire de la Sécurité Sociale ,

- chez une femme enceinte de deux mois et demi (dernières règles du I5 au I9 Août I954) .

A l'examen , on trouve :

- au toucher vaginal , un col de multipare , irrégulier , gros , dur , saignant au contact .

- L'examen qu spéculum montre un col ulcéro-végétant .

- Au toucher rectal , les paramètres ne sont pas infiltrés .

On pratique une biopsie qui révèle l'existence d'un épithélioma malpighien intermédiaire .

Il semble donc s'agir d'un cancer au stade I clinique .

La malade est adressée au Service de Curiethérapie et de Roentgenthérapie de l'Hôpital de la Salpêtrière .

- On pose , d'abord , sept aiguilles de radium , détruisant , chacune , IO mcd par heure , qui sontlaissées 48 heures .
  La dose reçue est de 3,36 mcd .

- Aprés l'ablation des aiguilles de radium , pose d'un colpostat dont deux foyers sont placés dans les culs-de-sac latéraux . Un troisième foyer est placé devant le col . Le colpostat est laissé 96 heures .
  La dose vaginale reçue est de 28,80 mcd.

- La dose totale a été de 32,I6 mcd .

Douze jours aprés ce traitement , on pratique :

- une hystérectomie totale avec castration et lymphadénectomie .

- L'exploration per-opératoire montre l'envahissement du paramètre droit . Des ganglions prélevés , ainsi que le paramètre droit , ne sont pas , histologiquement , envahis .

Il semble donc s'agir d'un stade II chirurgical .

Les suites opératoires furent normales et la malade quitte le service , dix jours aprés l'intervention .

Un mois et demi aprés l'intervention , la malade reçoit un traitement complémentaire de roentgenthérapie : 6.000 "r" par deux champs ilio-crural et ischiatique double .

Nous avons revu cette malade un an aprés l'intervention . Son état général est satisfaisant . On ne constate aucune modification de la souplesse vaginale au toucher vaginal et au toucher rectal .

CONCLUSION

- grossesse de deux mois et demi ,
- cancer d'origine malpighienne , stade I clinique mais II opératoire ,
- hystérectomie totale avec castration et lymphadénectomie ,
- curiethérapie par radium-puncture et colpostat dans un temps pré-opératoire , roentgenthérapie post-opératoire ,
- malade encore en vie un an aprés l'intervention avec un état local satisfaisant .

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 8 :

Flore SEL... , âgée de 49 ans , IX pare , IX geste , est admise , le 7 Avril 1952 , à l'Hôpital Central pour :

- cancer du col utérin (à la biopsie : épithélioma intermédiaire) coexistant avec ;

- un retard de règles de deux mois , en rapport avec une grossesse , confirmée par les réactions biologiques :
  . réaction de ZONDECK-ASCHEIM
  . réaction de FRIEDMANN-BROUHA
  positives .

L'examen montre :

- un col irrégulier , avec bourgeon siègeant sur la lèvre antérieure , saignant au contact .

- Le volume utérin est en rapport avec l'aménorrhée .

- Au toucher rectal , les paramètres ne sont pas infiltrés.

Le 2 Mai 1952 ,

- il est pratiqué une hystérectomie élargie avec lymphadénectomie .

  L'intervention fut simple . Les suites opératoires normales .

- L'examen histologique des ganglions prélevés ne montre aucun envahissement .

La malade est dirigée sur le Centre Anticancéreux à Villejuif pour suivre un traitement de roentgenthérapie .

Nous ignorons le devenir de cette malade .

CONCLUSION :

- grossesse de deux mois ,
- cancer d'origine malpighienne , au stade I opératoire ,
- hystérectomie élargie avec lymphadénectomie ,
- roentgenthérapie post-opératoire .

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 9 :

Marcelle AAL... , âgée de 28 ans , IV pare , IV geste , vient consulter à la Clinique Tarnier , le 28 Décembre 1949 , pour :

- grossesse de six mois (dernières règles le 18 Juin 1949) ,

- coexistant avec des pertes de sang rouge , apparues , pour la première fois , au cours du 4è mois de la gestation .

A l'examen :

- on trouve , sur la face antérieure du col , une masse , saignant au contact , dure , friable , semblant localisée .

- Les paramètres sont souples au toucher rectal .

- Par ailleurs , l'évolution de la grossesse est normale . L'auscultation des bruits du coeur est positive .

Dans les antécédents , rien à signaler .

Une large biopsie est pratiquée qui montre un épithélioma d'origine malpighienne .

Ainsi donc , il s'agit d'un cancer du col utérin au stade I clinique .

Il est pratiqué :

- une opération césarienne , permettant d'extraire un enfant , de sexe masculin , vivant , ne respirant qu'aprés deux minutes de soins.

Cette opération césarienne est suivie aussitôt d'une hystérectomie totale , élargie .

Les suites opératoires furent normales et la malade quitta le service , I9 jours aprés l'intervention .

A l'examen de sortie , l'état local est satisfaisant .

Un traitement androgénique de six mois est prescrit .

Depuis sa sortie , la malade est suivie régulièrement Le dernier examen , pratiqué le 7 Octobre I955 , révèle une cicatrice d'aspect normal , des culs-de-sac trés souples , ainsi que les paramètres .

Les frottis vaginaux sont normaux .

CONCLUSION :

- grossesse de 6 mois ,
- cancer du col de l'utérus , au stade I clinique et opératoire ,
- opération césarienne suivie d'hystérectomie totale élargie ,
- malade encore en vie six ans aprés l'intervention .

-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° IO :

Madeleine DESG... , âgée de 3I ans , primipare , primigeste , a accouché , le IO Octobre I955 , par aplication de forceps , pour terminer l'accouchement , dans une clinique de ville .

Au début du travail , le médecin accoucheur constate , sur la lèvre antérieure du col , la présence d'une masse dure , de la taille d'une petite bille , qui , fait particulier , ne saigne pas au contact .

Cette masse , gênant la dilatation , une incision du col avec extirpation maxima de la tumeur , est pratiquée . La pièce est envoyée , pour examen histologique , à un laboratoire de ville .

Aprés cette incision avec large biopsie , l'accouchement évolue normalement .

Il est pratiqué une application de forceps pour terminer l'accouchement , qui permet d'extraire un enfant vivant. Les suites de couches furent normales .

L'enfant prit du poids normalement .

Devant la réponse du laboratoire , la malade est envoyée à la Maternité de l'Hôpital Foch . Il s'agit , en effet , d'un épithélioma malpighien indifférencié infiltrant du col utérin , apparu pendant la grossesse .

Les frottis vaginaux sont de la classe IV de Papanicolaou .

Un traitement de curiethérapie est décidé . Il est , actuellement , en cours au Centre Anticancéreux à Villejuif .

Nous avons présenté cette observation , pour apporter un cas de cancer du col utérin chez une primipare , âgée de 31 ans , et , surtout , pour signaler que cette femme n'a jamais présenté de métrorragies .

Au terme de sept mois , le médecin accoucheur n'avait trouvé qu'une éxocervicite banale , ne saignant pas au contact . Le col , par ailleurs , était normal .

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° II :

Olga BO... , âgée de 32 ans , secondipare , secondigeste , est venue , le 23 Septembre 1955 , à la consultation prénatale de l'Hôpital Foch , pour :

- un retard de règles de deux mois et demi environ (dernières règles le 25 Juin 1955) en rapport avec une grossesse d'aspect normal .

A l'examen ,

- on est , d'emblée , frappé par un volume utérin non en rapport avec le retard de règles .

  En effet , le fond utérin atteint l'ombilic , faisant penser à une grossesse de cinq mois environ .

  La palpation révèle l'existence d'un foetus dont la taille semble en faveur de ce terme .

  L'auscultation des bruits du coeur est positive .

- De plus , sur le col de l'utérus , on découvre une masse volumineuse , de la taille d'une petite paume de main , friable , saignant au contact , semblant localisée au col utérin .

Cette masse est d'apparition récente et de développement rapide car , la malade ayant été hospitalisée , au mois de Janvier I955 , en banlieue , l'examen avait montré l'existence d'une éxocervicite , n'ayant pas paru suspecte .

Aucune biopsie n'avait été alors pratiquée .

Devant cette masse , coexistant avec une grossesse de cinq mois environ , on pratique :

- des frottis vaginaux , qui sont de la classe IV de Papanicolaou ,

- et une biopsie , qui révèle l'éxistence d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire .

Dans les antécédents , rien à signaler en dehors de cette exocervicite .

Il est pratiqué , le 4 Janvier I956 , donc au terme de huit mois environ ,

- une opération césarienne , qui permet d'extraire un enfant , de sexe masculin , vivant , pesant 2.950 gr.

- On pratique une salpingectomie et une castration bilatérale .

- L'imbibition gravidique empêche l'exploration per-opératoire .

Les suites opératoires sont normales .

L'enfant , à la sortie , pèse 3.300 gr .

A l'examen , le I9 Janvier I956 , on trouve :

- au toucher vaginal : un col bourgeonnant , dur un corps utérin mobile .

- Au toucher rectal : atteinte proximale discrète du paramètre gauche .

- A l'examen au spéculum : la masse néoplasique bourgeonnante .

- Les frottis vaginaux sont toujours de la classe IV .

Un traitement curiethérapique est décidé :

- pose , le I9 Janvier I956 et le 24 Janvier I956 , d'un colpostat laissé 48 heures .. Dose totale : 32,6 mcd .

- pose , le 31 Janvier 1956 , d'une sonde utérine et d'un tube utérin coudé . Dose totale : 28,80 Rad .

A l'examen , le 6 Février 1956 , soit un mois aprés l'intervention , on trouve :

- au toucher vaginal , résistance légère du cul-de-sac gauche ,

- au toucher rectal , légère infiltration du paramètre gauche dans sa partie proximale .

Le traitement roentgenthérapique est en cours .

CONCLUSION :

- grossesse de huit mois lors de l'intervention ,
- épithélioma malpighien spino-cellulaire , au stade II clinique ,
- opération césarienne avec castration bilatérale ,
- curiethérapie par colpostat puis sonde utérine ,
- Pronostic sombre car le cancer s'est développé pendant la période d'expectative .

-:-:-:-:-

C H A P I T R E I I I

DES RAPPORTS DU CANCER DU COL UTERIN AVEC LA GROSSESSE

-:-:-:-:-:-:-:-

Telles sont les observations de cancer du col et grossesse , que nous avons recueillies .

Nous allons , dans cette deuxième partie , les étudier brièvement , sans envisager la partie thérapeutique . Nous allons voir s'il existe des éléments identiques , tant pathogéniques que cliniques , si telle ou telle théorie semble expliquer les faits observés dans ces différentes observations.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'APPARITION DU CANCER DU COL UTERIN .

Nous allons , d'abord , envisager l'influence de la grossesse sur l'apparition du cancer du col utérin .

Dans ces II observations présentées , nous avons trouvé :

- I primipare âgée de 31 ans ,
- 4 secondipares âgées , respectivement , de 25, 27 , 32 et 38 ans ,
- I tercipare âgée de 39 ans ,

- 2 quartipares âgées , respectivement , de 28 et de 40 ans ,
- I huitième pare âgée de 34 ans ,
- 2 neuvième pare âgées , respectivement , de 36 et de 49 ans .

Au point de vue gestation , nous avons trouvé dans ces II observations :

- I primigeste âgée de 21 ans ,
- 3 secondigestes âgées , respectivement , de 25 , 27 et de 32 ans ,
- I tercigeste âgée de 38 ans ,
- 3 quadrigestes âgées , respectivement , de 38 , 39 et 40 ans ,
- 3 neuvième gestes âgées , respectivement , de 34 , 36 et 49 ans .

C'est ainsi que l'on constate que , dans ces observations , un cancer du col utérin n'est apparu que chez des femmes ayant toutes , sauf une seule (Ob. N°10) un passé obstétrical .

Dans 8 cas , il s'agit de femmes n'ayant présenté aucune fausse-couche et dont les grossesses antérieures allèrent jusqu'à terme , avec accouchement par les voies naturelles . Dans 3 cas , il s'agit de multipares ayant présenté une fausse-couche dans leur passé obstétrical .

Ainsi donc , le cancer du col utérin est survenu , dix fois , chez des multipares . Une seule fois , il fut découvert à l'occasion d'une première gestation .

Le rôle favorisant de la puerpuéralité sur l'apparition du cancer est , actuellement , incontestée et indéniable , comme l'ont montré différents travaux .

En I935 , M. TOMPKINS , sur une statistique de 6.4I2 femmes atteintes de cancer du col utérin , ne trouva que 6I8 nulligestes .

Depuis I946 , M. GAGNON , ayant éxaminé I3.000 religieuses de différents couvents canadiens , montra que le cancer du col utérin n'existait pratiquement pas chez la religieuse .

En I950 , MM. LAFFONT , BONAFOS et GARES , ayant établi des statistiques pour les Congrégations d'Afrique du Nord , ont abouti aux mêmes conclusions .

En I954 , au Congrés International de Gynécologie et d'Obstétrique à Genève , M. RUNGE a souligné que , sur un total de 2.049 cas de cancer du col utérin , il n'y avait que deux vierges . Ce Congrés a confirmé les travaux de M. TOMPKINS " le col utérin de la vierge est pratiquement à l'abri du cancer " .

Ainsi , si la primigeste est trés rarement atteinte , la fréquence de la greffe d'un cancer augmente avec le nombre de gestations .

Nous avons vu , par ailleurs , que l'âge des différentes femmes , dont nous avons recueilli les observations , s'échelonne , surtout , entre 30 et 40 ans (6 cas) . Nous n'avons trouvé que 3 femmes ayant moins de 30 ans , et , 4 au delà de 40 ans .

Cependant , il ne semble pas que l'âge joue un rôle par lui-même , dans l'apparition du cancer du col . Il n'est qu'un épiphénomène , en rapport avec le nombre de grossesses.

De nos jours , en effet , c'est chez la femme , au-delà de 35 ans , que nous pouvons trouver de grandes multipares . Nous n'avons qu'un seul cas de primipare âgée de 31 ans et qu'un seul cas de quartipare âgée de 38 ans .

Par contre , les grandes maltipares jeunes étaient surtout le fait du temps jadis , comme l'étude des observations publiées nous a permis de le constater .

Ainsi ,l'âge n'intervient qu'en rapport avec le nombre des grossesses .

Par quel mécanisme , les gestations peuvent-elles favoriser l'apparition du cancer du col utérin ?

Dans nos II observations , six femmes (Ob. N° I , 2,4,6,IO,II) présentaient des exocervicites , dont trois (Ob. N° 2 , IO , II) étaient trés importantes .

Dans l'observation N°2 , la femme était suivie régulièrement , car , bien que la biopsie n'ait pas montré de signes de malignité , les frottis étaient de la classe III , donc suspects , et , surtout , l'examen avait attiré l'attention du clinicien . Ce n'est qu'au cours d'une nouvelle grossesse , que le cancer du col a été démasqué .

Dans ces six observations , il s'est agi , dans cinq cas , de multipares . Une seule fois , d'une primipare .

La multiparité pourrait jouer un rôle en favorisant l'apparition d'exocervicite , et , ce serait cette infection cervicale qui , par les modifications histologiques qu'elle entraine , constituerait un point d'appel à la transformation maligne d'une banale lésion infectieuse .

La multiparité pourrait également jouer , comme certains l'admettent , un rôle prédominant du fait des traumatismes cervicaux au cours de l'accouchement et du fait des cicatrices secondaires , au point que certains auteurs américains recommandent une suture minutieuse des petites plaies du col utérin .

En fait , ces lésions cervicales , au cours d'un accouchement normal , sont minimes et les sutures pourraient entrainer des plages de sclérose qui , au cours d'un nouvel accouchement , pourraient être facteur d'anomalie de dilatation .

Comment peut-on expliquer l'apparition d'un cancer du col chez des femmes ne présentant pas de lésions infectieuses du col utérin et , parfois même , primipares ?

On connait mieux , actuellement , le rôle stimulant des oestrogènes sur l'endocol , le rôle stimulant de la progestérone sur les cellules malpighiennes . Les dosages hormonaux ont permis de constater les taux élevés des hormones sécrétées au cours de la grossesse , d'en dresser des courbes .

On pourrait , ainsi , être en droit de penser que ces stimulations hormonales puissent entrainer une prolifération désordonnée , anarchique de cellules préalablement altérées par l'infection , préalablement remaniées par la grossesse , préalablement traumatisées par l'accouchement , surtout si celui-ci fut dystocique .

C'est pourquoi , il faut dépister , traiter et surveiller , avec une particulière attention , toute lésion du col

utérin , principalement chez les grandes multipares , ainsi que chez toute femme au-delà de 35 ans , pour pouvoir déceler , précocement , une transformation maligne afin de permettre , à de telles malades , de bénéficier , dans les meilleures conditions , des traitements actuels .

-:-:-:-:-:-:-:-

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE CANCER .

L'influence de la grossesse sur le cancer est le problème le plus complexe , pour lequel les avis furent les plus divergents .

Jadis , la grossesse était considérée comme un facteur aggravant le cancer du col utérin . M. BOUILLY estimait , en effet , que toute femme enceinte , porteuse d'un cancer du col utérin , était irrémédiablement perdue .

En I893 , à l'occasion de la discussion des observations que nous avons rappelées , au début de cette thèse , M. PORAK conseillait l'abstention de toute thérapeutique en cas de cancer localisé , car , le plus souvent , l'accouchement évoluait favorablement . Si , par contre , le cancer était étendu , on était désarmé car les moyens thérapeutiques ne permettaient pas de dépasser les limites de l'infiltration néoplasique .

Ainsi , étant donné que le pronostic maternel était fatal en 6 à 8 mois , même si l'on pratiquait une hystérectomie , il était habituel de condamner la mère au profit du foetus .

En I939 , M. BAATZ , expérimentant sur l'animal , conclut que , dans les trois premiers mois , la grossesse donnait un " véritable coup de fouet au cancer " , dans les trois

mois intermédiaires , elle n'avait aucune influence , dans le dernier trimestre , elle ralentissait l'évolution .

M. SLYE , expérimentant sur la souris , estime que le cancer évolue peu pendant la grossesse , mais subit un coup de fouet aprés l'accouchement .

M. SCHAAFDLACZ étudiant 250 cas pris dans diverses statistiques , conclut que la grossesse , dans 40 % des cas , favorise l'extension du cancer , dans 60 % des cas , elle la ralentit .

Cette conclusion nous semble être confirmée par l'étude de nos observations , qui montre , en effet , que :

- dans 4 cas (Observations N° I , 4 , 7 , 9) , le cancer n'a pas été influencé par la grossesse , quel qu'en ait été le terme ,

- dans 7 cas , par contre , la grossesse a aggravé l'évolution du cancer . Parmi ces cas , chez deux femmes (Observations N° 2 , IO) , suivies pour exocervicite , la présence d'un cancer fut révélée par la grossesse . Dans trois cas (Observations N° 5 , 6 , II) , le cancer s'est développé rapidement , en deux mois , sur des cols jusque là apparemment sains .

Ainsi pouvons-nous conclure que , dans certaines conditions , la grossesse aggrave l'évolution du cancer .

Cependant , depuis les travaux , en I952 , de Mlle. BAUD , de la Fondation CURIE , certains estiment que la grossesse ne modifie pas sensiblement l'évolution du cancer . M. KOSS , Directeur du Centre Cytologique du Memorial Hospital de New-York , est également de cet avis .

A cette opinion , peut s'opposer l'observation N° II , dans laquelle le cancer du col utérin s'est développé pendant la grossesse et l'extension rapide .

Le point , qui reste encore obscur , est de savoir pourquoi certains cancers évoluent lentement pendant la grossesse , tandis que d'autres " brûlent les étapes " . C'est cet inconnu qui rend difficile l'attitude du thérapeute .

-:-:-:-:-:-

INFLUENCE DU CANCER SUR LA GROSSESSE .

Le cancer du col utérin n'a pas d'influence sur la survenue et le développement de la grossesse .

Les femmes porteuses d'un cancer du col utérin peuvent être fécondées . L'apparition d'un cancer au cours de la grossesse n'entraine pas une interruption de la gestation .

Dans aucune de nos observations , nous n'avons constaté de stérilité , d'interruption spontanée de la grossesse ou d'accouchement prématuré .

Le cancer du col utérin n'est donc pas un facteur de stérilité , d'avortement ou d'accouchement prématuré .

-:-:-:-:-:-:-:-

FREQUENCE DE L'ATTEINTE CANCEREUSE DU COL UTERIN AU COURS DE LA GROSSESSE .

Le cancer du col utérin au cours de la grossesse est relativement rare , comme l'ont montré différentes statistiques.

En I926 , M. PERETTI de la ROCCA a trouvé un cancer pour 2000 femmes enceintes .

En I952 , M. VAN DER STRAETEN , sur un total de I.I09.352 accouchements , a trouvé 446 cas : soit un cancer pour 2.463 femmes enceintes .

A l'Hôpital de la Clinique TARNIER , nous avons trouvé , de I947 à I955 , quatre cas sur I6.235 accouchements , soit un cancer pour 4.000 femmes examinées .

En I954 , M. LEGROS envisagea le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus au cours de la gravidité . Il étudia , sous la direction de M. VARANGOT , par la clinique et par les frottis vaginaux , I.453 femmes enceintes et dépista I5 cancers du col utérin : soit I,04 % .

M. VARANGOT , sur 1953 malades examinées , a trouvé 22 lésions épithéliomateuses : soit 1,12 % .

En comparant ces statistiques , on peut dire que , classiquement , une femme enceinte sur environ 2.500 , présente un cancer du col utérin . La détection cytologique permettrait donc de découvrir 20 fois plus de cancer chez la femme enceinte !

Nous discuterons ultérieurement cette disproportion quand nous envisagerons la valeur des frottis vaginaux au cours de la grossesse .

-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE IV

DE LA CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-:-:-

AU POINT DE VUE CLINIQUE :

Les métrorragies constituent , comme chez la femme non enceinte , le principal symptôme qui attire l'attention de la malade , la fait consulter et oriente le clinicien .

Le plus souvent , ce sont des pertes de sang rouge , peu abondantes . L'interrogatoire révèle leur caractère provoqué par les traumatismes de la vie génitale .

Parfois plus abondantes , les métrorragies peuvent faire évoquer une menace de fausse-couche , une grossesse ectopique , voire même , une insertion basse du placenta selon l'époque où elles apparaissent et entrainer des erreurs diagnostiques en l'absence d'examen gynécologique .

Rarement elles manquent .

Dans les II observations : une seule fois , le cancer n'eut aucune manifestation fonctionnelle et fut découvert , fortuitement , à l'examen clinique . Dans tous les autres cas , l'interrogatoire a permis de retrouver la notion de pertes de sang provoquées . Mais ces métrorragies qui , en dehors de la puerpéralité , font penser à la possibilité d'un cancer génital , apparaissent , au cours de la grossesse, comme un fait banal relevant d'étiologies diverses .

Quant aux autres symptômes , tels des troubles urinaires , une atteinte de l'état général , une asthénie , une anoréxie , ce sont des signes tardifs , témoins d'un cancer évolué .

L'examen clinique doit être mené dans un ordre rigoureux , chaque fois que l'on soupçonne un processus malin du col utérin .

L'examen au spéculum doit être le premier geste qu'il faut accomplir chez des femmes présentant des métrorragies . Le spéculum sera intraduit sans lubréfiant pour permettre , si besoin est , des examens complémentaires .

Il permet de voir l'origine exacte (utérine , cervicale , vaginale) des pertes de sang , de localiser la lésion , d'en étudier l'aspect , l'extension locale et de pratiquer les examens complémentaires .

Ce n'est , en effet , qu'aprés les avoir pratiqués que l'on fera un toucher vaginal , la femme étant en position gynécologique ayant uriné et évacué son rectum .

La triade classique de malignité (friabili-

té , induration , saignement au contact) est bien connue .

Mais , chez la femme enceinte , ces caractères sont rarement groupés . Il persiste la friabilité , l'irrégularité du col et le saignement au contact .

Par contre , l'imbibition gravidique ramollit non seulement la lésion , mais aussi la sphère péri-génitale . C'est cette imbibition gravidique , plus que la présence d'un pôle foetal ou le volume utérin qui rend illusoire la recherche de l'extension néoplasique .

Le toucher rectal terminera l'examen clinique et permettra d'apprécier le degré de souplesse des paramètres , l'état de la cloison recto-vaginale .

On complètera l'examen en recherchant l'intégrité de la vessie par une cystoscopie , l'intégrité du rectum par une rectoscopie .

Mais cette appréciation clinique est difficile chez la femme enceinte . Aussi cet examen ne prendra toute sa valeur que pratiqué par un clinicien habitué aux modifications que subit l'organisme sous l'influence de la gravidité .

Par ailleurs , un examen obstétrical sera pratiqué . On notera les rapports du volume utérin avec le retard de règles , on mesurera la hauteur utérine . Selon le terme de la grossesse , on auscultera les bruits du coeur et l'on pratiquera un palper abdominal pour préciser la présentation et la position du foetus .

Au terme de cet examen , on pourra classer , cliniquement , le cancer selon la Nomenclature de la Société des Nations tout en sachant que l'imbibition gravidique rend illusoire cette classification .

De même , au cours de l'exploration per-opératoire , la recherche de l'extension néoplasique est difficile . Cependant cette exploration , faite ventre ouvert , permettra de voir si les ganglions paraissent , cliniquement envahis , de les prélever pour vérifier , histologiquement , leur atteinte ou leur intégrité .

-:-:-:-:-:-

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES .

Quand on suspecte , cliniquement , une néoplasie du col utérin , il est nécessaire de pratiquer des examens complémentaires qui permettent d'infirmer ou d'affirmer le diagnostic .

Il faut les pratiquer avant tout toucher vaginal : aussi est-il préférable de les faire au cours d'un examen ultérieur et dans un ordre rigoureux :

- frottis vaginaux ,
- test au lugol ou mieux colposcopie comprenant un test au lugol ,
- biopsie , enfin .

LES FROTTIS VAGINAUX :

C'est M. PAPANICOLAOU qui a présenté , en I925 , la première étude sur la cytologie vaginale de la femme enceinte .

En I927 , M. PAPANICOLAOU publia ses premières recherches sur l'application des frottis vaginaux pour le diagnostic cytologique du cancer du col utérin . Cette méthode est basée sur la notion de desquamation cellulaire , anormalement abon-

dante , des tumeurs épithéliales malignes .

Outre la nécessité d'un cytologiste hautement qualifié pour identifier les cellules cancéreuses , cette technique exige certaines précautions de prélèvement , de fixation et de coloration pour que l'interprétation des lames soit possible .

La malade , pendant les 24 heures précédant le prélèvement , doit s'abstenir de tout rapport sexuel . Toute infection vaginale doit être préalablement traitée .

TECHNIQUE :

Aprés avoir introduit un spéculum de Collin non lubréfié , on pratique trois prélèvements (vagin , col , endocol) en ayant soin de noter , sur chaque lame , le niveau où fut prélevé le frottis .

Le recueil vaginal des cellules desquamées sera effectué au niveau du tiers supérieur de la face postérieure du vagin. On peut utiliser soit une pipette montée au bout d'une poire , soit une spatule en bois .

Au niveau du col , on peut utiliser soit un tampon de coton monté , soit la spatule d'AYRE qui s'adapte à l'orifice cervical .

Le prélèvement endocervical peut se faire soit par aspiration , soit par la spatule d'AYRE , soit , également , au porte-coton .

Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients .

Aprés avoir pratiqué le prélèvement , le frottis sera étalé sur une lame propre et sèche , en évitant tout mouvement rotatoire , et , surtout , en ayant soin de faire un étalement mince .

La lame est aussitôt fixée dans un mélange à parties égales d'alcool éthylique à 95° et d'éther pour éviter que le frottis ne sèche et ne s'oxyde à l'air ce qui déformerait les cellules . La fixation se fait en I5 minutes . Il n'y a aucun inconvénient à laisser les lames dans le mélange fixateur en attendant de les confier au colpo-cytologiste qui les colorera et les interprétera .

INTERPRETATION :

Au cours de la grossesse normale , apparaissent progressivement des modifications cytologiques en rapport avec la transformation per-gravidique de l'épithélium vaginal . Celui-ci , en effet , s'épaissit . La couche intermédiaire s'hypertrophie , tandis que la couche superficielle devient assez mince ou à peine distincte .

Avant d'envisager la description d'une lame typique de grossesse , il convient d'étudier les divers types de cellules que l'on peut y rencontrer .

" Les cellules du type superficiel sont toujours plicaturées . Les basophiles prédominent . La pycnose nucléaire complète , se manifestant par des noyaux punctiformes , n'apparait pratiquement que dans les cellules éosinophiles , on la voit rarement dans les basophiles dont le noyau est habituellement pré-pycnotique , c'est-à-dire qu'il se colore assez intensément mais qu'il reste légèrement plus gros . Au fort grossissement , on constate qu'il présente fréquemment un contour légèrement irrégulier " .

" Le cytoplasme est assez clair . Bien qu'il se colore habituellement de façon uniforme , on peut , cependant , observer des cellules nettement superficielles et même éosinophiles qui ont un bord légèrement plus coloré . Les cellules

superficielles sont habituellement réparties en éléments isolés au milieu des cellules intermédiaires " (M. PUNDEL) .

Il existe deux types de cellules intermédiaires, les cellules intermédiaires proprement dites et les cellules naviculaires .

Les cellules intermédiaires proprement dites qui sont des éléments un peu plus petits que les superficielles , de forme allongée , ovalaire , avec un noyau gros , vésiculaire . Elles sont exclusivement basophiles . Elles ne s'observent en nombre quelque peu élevé qu'au début de la grossesse , pour faire place , ultérieurement , aux cellules naviculaires .

Les cellules naviculaires ont la taille des précédentes , parfois même sont un peu plus petites . Elles sont riches en glycogène qui refoule le cytoplasme vers la périphérie : pour cette raison , leurs bords se colorent plus intensément , laissant un centre plus clair . Bientôt , les bords deviennent encore plus foncés , les noyaux qui , auparavant , étaient arrondis , s'allongent .

En dehors de toute infection , le frottis vaginal de grossesse normale ne renferme pas de cellules basales .

Par ailleurs , on rencontre de nombreux bacilles de DOEDERLEIN , des leucocytes , en petit nombre , même s'il n'y a aucun signe d'infection , du mucus , en quantité modérée .

Les frottis vaginaux normaux ne contiennent pas d'hématies .

Les modifications cytologiques commencent IO jours aprés le retard de règles .

Outre ces modifications cytologiques progressives , on constate que l'éosinophilie diminue jusqu'en dessous de IO % et que la pycnose ne dépasse pas 40 % . La plupart des cellules naviculaires rencontrées au cours de la phase pré-menstruelle du cycle normal se transforment : les bords se colorent intensément , tandis que le centre de la cellule reste clair . En même temps , le noyau s'allonge ou présente des plissements de sorte qu'il devient parfois difficile d'établir avec certitude s'il est en pycnose ou non .

L'aspect typique du frottis de grossesse normale n'est atteint , en général , que vers le début du 3è mois . Le frottis est alors composé presque exclusivement de cellules intermédiaires dont la majorité a pris l'aspect de cellules naviculaires de grossesse . La desquamation est trés abondante , les cellules sont toutes plicaturées et groupées en placards plus ou moins épais . L'éosinophilie est , en général , inférieure à 6%,

la pycnose ne dépasse pas I5 % . Ce frottis demeure inchangé jusqu'aux environs du terme .

Dans un certain nombre de cas , même au cours d'une grossesse normale , on peut observer des phénomènes intenses de cytolyse des cellules vaginales .

Les contours cellulaires deviennent peu précis et le cytoplasme peut même disparaitre complètement . On voit sur les lames , au milieu d'éléments restés inchangés , des cellules en partie lysées , à contours estompés . On observe également des noyaux entièrement dénudés de cytoplasme .

Le frottis peut devenir intensément cytolytique . Les leucocytes sont , en général , rares . L'éosinophilie et la pycnose y sont pratiquement nulles .

Le cancer du col utérin entraine des anomalies nucléaires , nucléolaires et cytoplasmiques qui permettent de supposer la nature cancéreuse des cellules d'un frottis . Nous ne les décrirons pas .

Seuls certains colpo-cytologistes peuvent les reconnaitre et les interpréter . Ces aspects ont été illustrés par les ouvrages de MM. PAPANICOLAOU et TRAUT , GATEI et VAR-

REN , PUNDEL , LIMBURG et ZINSER .

De toutes les classifications proposées pour la détection du cancer utérin , c'est celle de M. PAPANICOLAOU qui est la plus communément adoptée et qui reconnait 5 classes de frottis :

- classe I : frottis normal ,
- classe II : présence de cellules anormales mais bénignes ,
- classe III : frottis suspect par la présence de cellules atypiques mais ne pouvant pas être interprétées comme malignes ,
- classe IV : frottis où les anomalies d'un petit nombre de cellules peuvent être interprétées comme cancéreuses ,
- classe V : présence de cellules cancéreu reuses trés nombreuses .

Quand un cancer du col utérin coexiste avec une grossesse , les modifications physiologiques et les anomalies cancéreuses sont associées , contribuant à rendre difficile la lecture des lames .

M. VARANGOT a essayé " d'appliquer la technique de PAPANICOLAOU au diagnostic du cancer du col utérin au cours de la grossesse et a adopté la classification de PAPANICOLAOU ".

VALEUR DES FROTTIS VAGINAUX AU COURS DE LA GROSSESSE :

Les frottis vaginaux possèdent d'indiscutables avantages . Cette méthode est facile à exécuter chez la femme , elle est indolore , anodine quant à l'évolution ultérieure de la grossesse . On peut la répéter aussi souvent qu'on le veut .

Les modifications cytologiques dues à la gravidité ont conduit certains auteurs à penser que les frottis vaginaux pourraient permettre un diagnostic précoce de la grossesse .

En fait , " au début de la grossesse , quand , cliniquement , le diagnostic est trés difficile , le frottis n'est pas encore suffisamment typique pour permettre un diagnostic correct et affirmatif " (M. PUNDEL) .

Le moment où le frottis vaginal devient caractéristique est variable , en général , tardif comme nous l'avons vu . Le diagnostic clinique peut déjà être fait .

De plus , " la cellule naviculaire du cycle normal diffère peu de la cellule naviculaire gravidique " (M. PAPANICOLAOU et TRAUT) . Par ailleurs , des états hormonaux , trés voisins de ceux de la grossesse , peuvent donner lieu aux

mêmes images cytologiques que la grossesse elle-même et que , dans les cas de pseudo-grossesse par persistance du corps jaune ou du fait de la présence d'un kyste ovarien à paroi lutéinique : le diagnostic différentiel cytologique peut devenir impossible " (M. PUNDEL) .

Par contre , les frottis vaginaux sont un test trés précieux pour la surveillance de l'évolution de la grossesse . Ils sont , en effet , un test hormonal trés fidèle car les moindres variations de l'équilibre hormonal se reflètent dans la cytologie vaginale .

Cette surveillance est basée sur l'évaluation de l'index éosinophilique et de l'index pycnotique .

On a ainsi dressé des courbes et établi les limites supérieure et inférieure de ces index au cours d'une grossesse normale .

L'intérêt pratique de cette surveillance par les frottis ne se limite pas au dépistage des troubles de la gestation . Cette méthode est également un test particulièrement fidèle et sensible pour le contrôle des traitements hormonaux des menaces de fausses couches et des accouchements prématurés.

Enfin , certains auteurs ont essayé d'appliquer la technique des frottis vaginaux au dépistage du cancer du col utérin au cours de la grossesse .

M. VARANGOT estime que " la valeur des frottis dans le dépistage des lésions épithéliomateuses du col au cours de la grossesse est indiscutable car , pour un colpo-cytologiste entrainé , l'interprétation des frottis gravidiques ne présente pas de difficultés insurmontables " .

Par ailleurs " sa marge de sécurité diagnostique lorsqu'elle est techniquement bien exécutée , est trés satisfaisante . Elle permet la détection de néoplasmes asymptomatiques et , en particulier, de cancer du col au stade préinvasif " .

Les caractères de la cellule malpighienne maligne seraient identiques que la femme soit enceinte ou non . " La seule cause d'erreur , particulières à la grossesse , pourrait être la présence de cellules trophoblastiques sur les frottis vaginaux . Mais ces cellules présentent un noyau gros , irrégulier , non homogène , parfois hyperchromatiques , ce qui peut conduire à les confondre avec des cellules malpighiennes néoplasiques mais leur cytoplasme est plus abondant et prend une teinte foncée et opaque . Ces cellules , d'ailleurs , ne se voient pas dans les frottis au cours de la grossesse : elles

n'apparaissent que s'il y a un avortement ou aprés l'accouchement . Leur présence ne va jamais au-delà d'un mois et on ne les trouve que relativement rarement " .

De plus , M. VARANGOT estime que les " images de cancer in situ observées chez nos malades ne sont pas des aspects dus à la grossesse et ne disparaissent pas avec elle " . Ainsi M. VARANGOT n'admet pas la notion de réversibilité . . M. GREENE et ses collaborateurs ont conclu dans le même sens : " lorsque les critères sont présents pour le diagnostic de cancer pré-invasif , le diagnostic doit être fait , que la malade soit enceinte ou non " . Ce sont aussi les conclusions de M. LIMBURG .

Ainsi M. VARANGOT pense que les frottis , au cours de la grossesse , ont une valeur diagnostique indiscutable , que les images histologiques sont identiques au cours de la grossesse et en dehors d'elle , que les anomalies cellulaires ne sont pas réversibles et qu'elles demeurent aprés l'accouchement .

La valeur des frottis dans la détection du cancer du col utérin au cours de la gravidité a été discutée .

Même en dehors de la puerpuéralité , la lecture des frottis comportent des difficultés car il n'existe aucun critère de malignité . " Ce serait plutôt une sommation de plusieurs aspects atypiques rencontrés qui permettrait de poser le diagnostic de malignité sur un frottis " (M. de BRUX) .

MM. BOURG , GOMPEL ont , également , souligné que " la cytologie n'a actuellement , à sa disposition , aucun critère spécifique absolu de malignité " .

M. OBERLING estime qu'il " n'existe pas de manifestation cytologique caractéristique de la malignité . A l'heure actuelle , on ne peut donc reconnaitre qu'un seul critère de malignité : l'envahissement destructif des plans sous-épithéliaux et cette constatation est duressort exclusif de l'histo-pathologiste " .

M. PUNDEL pense que " ce dépistage ou diagnostic est extrêmement difficile au cours de la période gravidique et puerpuérale . Cela réside dans le fait que les cellules trophoblastiques et cervicales de cervicite ou de lésions cervicales tumorales bénignes peuvent être prises pour des cellules cancéreuses et entrainer l'examinateur à un diagnostic faussement positif " .

M. SCHRAMM , récemment , a souligné que " l'interprétation des frottis vaginaux et cervicaux est difficile pendant

la gestation et le devient encore plus lorsqu'il y a un cancer du col ou des métrorragies . La méthode des frottis pour le dépistage du cancer pendant la grossesse , est une méthode qui peut conduire à des erreurs " .

Car , en dehors des cellules atypiques , on peut rencontrer , sur les frottis , d'autres éléments , soit d'origine syncytiale ou langhansienne , soit des cellules déciduales associées aux métrorragies " .

En effet , la déciduose du col pendant la grossesse est moins rare qu'il n'est dit classiquement : IO % des femmes enceintes , d'aprés une statistique américaine .

Sur le plan clinique , la déciduose du col peut en imposer pour une lésion maligne . De même " les cellules déciduales ectopiques présentent souvent des déformations , des atypies nucléaires qui peuvent déterminer un faux diagnostic de cancer " .

La biopsie seule confirme la bénignité de la lésion et sa disparition aprés l'accouchement .

Par ailleurs , au cours de la grossesse , existent des modifications cellulaires de l'épithélium cervical encore

imparfaitement connues et sur lesquelles l'accord des histologistes n'est pas établi . MM. DANFORTH et EPPERSON ont trouvé ces particularités au cours de la grossesse .

MM. HELLMAN et ROSENTHAL ont insisté sur la difficulté du diagnostic de l'épithélioma intra-épithélial pendant la gestation à cause de ces modifications cytologiques per-gravidiques . Celles-ci disparaissent aprés l'accouchement , dans le post-partum .

La réversibilité de certaines anomalies cellulaires a été mise en évidence en I950 par MM. DANFORTH et EVANTSON. En I95I , M. EPPERSON a conclu dans le même sens . Il publia , ainsi que MM. NESBITT et HELLMAN , des observations où ces anomalies cellulaires ne furent pas retrouvées dans les suites de couches . Les frottis peuvent se négativer tardivement : M. GREENE a rapporté un cas où les frottis ne devinrent négatifs que 3I semaines aprés l'accouchement .

MM. TE LINDE , NOVAK et HELLMAN estiment que cette réversibilité est relativement fréquente . M. BEN PECKHAN considère que , dans 80 % des cas , ces anomalies persistent dans le post-partum .

CONCLUSION SUR LES FROTTIS AU COURS DE LA GROSSESSE :

Les frottis constituent un examen complémentaire intéressant mais ils ne doivent pas remplacer l'examen clinique

et surtout le test de SCHILLER qui permet d'orienter la biopsie.

C'est un examen qu'il convient d'ajouter à l'arsenal de détection précoce dont on dispose . Mais les frottis ne doivent pas avoir une valeur absolue si les autres examens sont négatifs .

LES FROTTIS VAGINAUX , TEST PRONOSTIQUE RAPIDE :

Récemment , Mme. GRAHAM Ruth , GOLDIE Kathérine et M. GRAHAM John ont insisté sur la valeur des frottis vaginaux comme test pronostique rapide dans les cancers utérins irradiés. Les signes d'appréciation sont recherchés au niveau des cellules cervico-vaginales normales et non au niveau des cellules cancéreuses . Parmi les modifications cellulaires observées , la plus importante , d'aprés les auteurs , est l'augmentation du volume cellulaire , mesurée au micromètre oculaire..

Cette " réponse aux radiations " est trés précoce : un seul frottis permet de l'apprécier . Celui-ci est prélevé le I4è jour .

Il semble que cette méthode qui , certes , présente encore des points à préciser , peut avoir un certain intérêt .

Elle permettrait ainsi , devant deux cas cliniques apparemment identiques , soumis à un même traitement , de juger précocement l'efficacité de la thérapeutique employée sans attendre l'épreuve du temps et avant qu'apparaissent récidives et métastases .

-:-:-:-:-:-

LE TEST AU LUGOL OU TEST DE SCHILLER :

Le test de SCHILLER est un examen indolore et anodin qui peut et doit être pratiqué systématiquement chez toute consultante gynécologique .

PRINCIPE :

Le principe repose sur la réaction colorée du glycogène en présence de l'iode .

A l'état normal , en dehors de toute lésion , les cellules superficielles de l'épithélium du col utérin contiennent du glycogène . Celui-ci est coloré en brun acajou en présence de l'iode .

TECHNIQUE :

La technique est simple : aprés avoir imbibé un coton de la solution iodo-iodurée , on badigeonne le col . La coloration est quasi-instantanée .

INTERPRETATION :

L'absence de lésion se traduit par une coloration homogène du col en brun acajou . On dit que le test de SCHILLER est positif ou que l'épithélium du col est iode-positif .

Chez la femme enceinte ; cette coloration est toujours trés intense . Sa tonalité reste uniforme et l'on ne trouve aucune plage de coloration différente . Le col prend , régulièrement et dans sa totalité , le lugol .

Sur des cols normaux , on observe parfois des images mosaïformes , sans frontières réelles , formées par un réseau de lârges mailles , témoin d'une vascularisation irrégulière et bien visible . C'est une image visuelle plus lâche et plus large , correspondant non pas à la mosaïque colposcopique , mais à un épithélium non pathologique .

Toutes lésions , détruisant la couche superficielle ne se colorent pas en brun acajou alors que l'épithélium alentour , normal , prend le lugol . On dit que la zone est iodonégative ; logophobe .

Ainsi est créee une différence de coloration qui permet de limiter , avec exactitude , la lésion . Celle-ci ; en effet , apparait parfois aprés badigeonnage au lugol , plus étendue qu'elle ne le paraissait à l'oeil nu .

De plus , l'étude des contours (régularité , netteté) est importante . Une frontière nette , sans bavure ,, comme tracée avec une fine pointe , témoigne une réapparition brusque du glycogène . Une telle image est suspecte et doit être précisée par une biopsie . Certes , cette ligne peut être irrégulié-

re dans son dessin mais elle présente toujours une limite sans bavure entre le lugol positif et le lugol négatif .

Par contre , une limite à contours flous témoigne une zone de remaniement en rapport avec une lésion bénigne : une biopsie , dans ces conditions , n'aurait qu'une valeur de contrôle .

VALEUR DU TEST DE SCHILLER :

Le test de SCHILLER n'est pas habilité pour affirmer le cancer du col utérin mais c'est un examen de dépistage essentiel chez la femme enceinte .

M. VARANGOT " n'attache qu'une valeur trés limitée au test de SCHILLER car , s'il existe une lésion inflammatoire ou une épidermisation à côté de la lésion néoplasique , l'ensemble de ces régions sont iodo-négatives " .

Cependant , le test de SCHILLER " associé à la colposcopie , permet de diriger la pince à biopsie sur une zone iodo-négative , là où l'examen direct du col reste négatif , c'est dans ces cas que le test de SCHILLER a tout son intérêt "
(M. MORICARD) .

Il peut , en effet , révéler autour d'une lésion évidente , visible à l'oeil nu , une petite plage trés localisée ,

normalement à la limite de la visibilité qui n'est révélée que par sa réaction lugophobe et qui peut être le siège d'un épithélioma intra-épithélial . Ainsi , il attire l'attention du clinicien qui dirige , sur cette zone , la biopsie . On conçoit les dangers qui résulteraient d'un prélèvement " aveugle " n'intéressant pas cette plage lugophobe .

CONCLUSION :

Le test de SCHILLER est un examen capital pour le dépistage précoce du cancer du col utérin chez la femme enceinte.

C'est lui qui permet de connaitre , avec une exactitude rigoureuse , l'extension des lésions .

C'est lui qui permet de déceler des plages lugophobes à la limite de la visibilité , parfois le siège d'un épithélioma intra-épithélial .

C'est lui qui permet d'étudier la netteté et la régularité des contours , orientant ainsi le diagnostic .

C'est lui , enfin , qui dirige la biopsie sur le point le plus suspect car le diagnostic définitif de la lésion n'est en aucun cas , clinique et devra , toujours , être confirmé par l'examen histologique .

-:-:-:-:-:-:-

LA COLPOSCOPIE :

PRINCIPE :

Imaginée par HINSELMANN en 1925 , la colposcopie est une méthode d'examen qui permet , à l'aide d'une loupe binoculaire , de grossir la vision directe du col utérin et du bagin.

C'est un examen anodin chez la femme enceinte mais il est trés délicat dans son interprétation et demande une éducation prolongée .

Par ailleurs , il nécessite un appareillage spécial et coûteux qui en limite l'emploi courant .

Ces raisons expliquent que la colposcopie n'est pas encore de pratique courante malgré son intérêt dans le dépistage du cancer du col utérin .

TECHNIQUE :

La technique , en elle-même , ne présente aucune difficulté .

Aprés avoir mis en place un spéculum mat et à valves courtes , l'examen comprend deux temps :

- le premier , aprés avoir badigeonné le col avec un tampon imbibé d'une solution d'acide acétique à 3 % pour coaguler le mucus , faisant ainsi ressortir étonnamment la lésion ,

- le second comprend un test au lugol . Celui-ci permet de mieux préciser les contours flous (test de bénignité , en général) et les contours nets (test de malignité) de la plage iodo-négative .

INTERPRETATION :

Les images observées sont variables selon les lésions en cause . Elles sont décrites , en particulier , dans l'atlas de M. MESVERDT .

Nous signalerons seulement qu'une zone lugophobe à contours nets est suspecte . C'est sur cette zone " dont la frontière est comme tracée à la pointe d'un bistouri " que l'examen au colposcope sera particulièrement dirigé .

M. PALMER a décrit des formes dans lesquelles l'épithélium apparait normal au colposcope mais qui présente des

zones lugophobes à contours nets non caractéristiques . La biopsie a révélé , parmi ces formes , des épithéliomas intra épithéliaux .

VALEUR DE LA COLPOSCOPIE :

L'intérêt de la colposcopie est double : d'une part elle permet de reconnaitre , sans prélèvement , la bénignité de nombreux cas iodo-négatifs et , par suite , peut éviter des biopsies qui n'auraient qu'un but de contrôle . D'autre part , elle permet de guider la biopsie et de vérifier que le prélèvement est pratiqué au point le plus suspect .

La colposcopie , en effet , n'est pas habilitée à affirmer le cancer : ce n'est qu'un examen de dépistage car , à une même image colposcopique , correspondent des léions histologiques différentes que seule la biopsie permet d'identifier .

CONCLUSION SUR LA COLPOSCOPIE :

La colposcopie est donc un examen de dépistage important qui précise la plage exacte à biopsier .

Mais , pas plus que le test de SCHILLER , la colpos - copie n'est habilitée à affirmer le cancer . Ce diagnostic ne peut être posé que par l'anatomie pathologique et seule l'anatomo-pathologie permet de juger en dernier ressort .

-:-:-:-:-:-:-

LA BIOPSIE :

C'est donc la biopsie qui est , non seulement , un examen de dépistage , mais surtout , un examen permettant d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic .

PRECAUTIONS :

Mais pour que la réponse de l'anatomo-pathologiste ait de la valeur , certaines précautions sont nécessaires . Il faut , en effet , que le prélèvement soit correctement exécuté, c'est à dire que la biopsie soit bien orientée et bien prélevée quelque soit le stade de la lésion maligne .

Le mode de prélèvement a une valeur considérable . La seule difficulté qui existe , et même le seul reproche que l'on puisse faire , c'est que la biopsie risque d'être pratiquée en un endroit où n'est pas situé la lésion maligne . Nous avons vu l'intérêt du test de SCHILLER et de l'examen au colposcope pour éviter cette erreur de prélèvement , lourde de conséquences .

TECHNIQUE :

En cas de lésion exocervicale , le prélèvement sera

fait à la pince de DOUAY plutôt qu'à la curette tranchante de SCHILLER qui fournit un fragment trop mince , sans chorion , ou à la pince de J.L. FAURE dont les deux mors mobiles ne permettent pas un précision suffisante .

Le prélèvement doit intéresser la zone de transition entre la lésion et l'épithélium normal . Une pince de POZZI , placée à côté de la plage à biopsier , permet de la mettre en relief et de rendre le prélèvement plus aisé .

Le fragment biopsié sera , alors , orienté en se basant sur la coloration restante du test de SCHILLER : ce qui facilite les coupes en séries que pratiquera l'anatomo-pathologiste .

Une fois prélevé et orienté , le fragment sera placé dans une solution de BOUIN alcoolique pour permettre l'étude du glycogène .

En cas de cancer intra-cervical , la petite curette de DOUAY permet le prélèvement . M. PALMER utilise , souvent , " sa pince à polypes cervicaux " .

En cas d'épithélioma intra-épithélial , deux méthodes s'opposent . La plupart des cliniciens pratiquent une biop-

sie de la plage décelée et localisée par le test de SCHILLER ou mieux par la colposcopie .

M. PALMER , quand cette biopsie localisée montre une dystrophie " suspecte " ou " à surveiller " , pratique une biopsie exérèse à l'anse galvanique qui permet l'étude , par l'anatomo-pathologiste , de l'extension en surface et en profondeur . Cette biopsie exérèse cicatrise en 3 à 5 semaines avec un épithélium malpighien prenant le lugol normalement . Presque indolore , cette biopsie large a un double intérêt : elle permet une étude histologique et , en particulier , du chorion ; elle constituerait , pour certains , à elle seule , le geste thérapeutique de l'épithélioma intra-épithélial non invasif .

Certains autres auteurs estiment que des lésions bénignes répondent par une réaction iodo-négative et considèrent que " le test de SCHILLER n'a qu'un intérêt pratique trés restreint et non spécifique " (M. VARANGOT) . Alertés par les frottis , ils refusent une précision supplémentaire qu'ils jugent incertaine et pratiquent le prélèvement sans localisation première dela lésion par le test de SCHILLER ou par la colposcopie .

FOOTE et STEVART , en I948 , ont montré que les cancers pavimenteux commencent pratiquement toujours à la jonction des épithéliums malpighien et cylindrique .

De cette notion , découlent différentes techniques de prélèvement en cas de cancers asymptomatiques initiaux .

Certains pratiquent , à la pince à biopsie , quatre prélèvements , aux quatre points cardinaux du col , à la jonction des deux épithéliums .

M. AYRE pratique un prélèvement circulaire de cette zone : une " biopsie en anneau " .

M. GUSBERG a imaginé un appareil formé de deux cônes dont les circonférences de bases sont tranchantes et qui s'opposent par leurs bases . Cet appareil ne semble pas avoir donné de résultats satisfaisants .

M. VARANGOT a donné sa préférence à la conisation du col . Cette technique , véritable intervention chirurgicale , impose hospitalisation et anesthésie générale .

" Le principe de cette intervention est de prélever un fragment en forme de tronc de cône dont la circonférence de la base passe en dehors de la jonction de l'exo et de l'endocol et dont les parois latérales intéressent la partie inférieure du canal endocervical " (M. VARANGOT) .

La technique de cette intervention a été décrite par M. VARANGOT dans une publication récente .

La pièce est ensuite divisée en 7 ou 8 fragments triangulaires , à base périphérique , qui sont orientés avant d'être inclus . La découverte d'un épithélioma intra-épithélial nécessite de débiter les autres fragments en séries pour rechercher une zone où pourrait se trouver un envahissement du stroma .

Cette conisation n'entrainerait aucun incident ou accident immédiat ou secondaire chez la femme enceinte . Il n'y aurait pas d'anomalie de la dilatation .

La conisation , en cas d'épithélioma intra-épithélial non invasif , constitue , de plus , le seul geste thérapeutique . Si , par contre , cet épithélioma intra-épihtélial est envahissant , elle est , alors complétée par une thérapeutique radicale .

VALEUR DE LA BIOPSIE :

Quelle que soit la technique employée (biopsie localisée ou biopsie étendue) , la biopsie , permettant l'étude

histologique des lésions , constitue un examen diagnostique essentiel dont la valeur n'est discutée par aucun clinicien .

Quant au diagnostic de l'épithélioma intra-épithélial l'accord des anatomo-pathologistes n'est pas encore établi pour pouvoir affirmer que l'épithélioma intra-épithélial est le stade initial d'un cancer envahissant ou non .

-:-:-:-:-:-

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SUSPICION DE CANCER DU COL UTERIN .

Tels sont les moyens dont on dispose pour rechercher et diagnostiquer le cancer du col utérin chez la femme enceinte Nous allons envisager , sur le plan pratique , comment nous pouvons les utiliser .

S'il existe une lésion évidente , la biopsie ne fait que confirmer le diagnostic clinique .

Si , au cours de l'examen au spéculum que nous pratiquons systématiquement chez toute femme enciente , nous constatons une lésion suspecte , visible à l'oeil nu , nous commençons par pratiquer des frottis , puis un test de SCHILLER , ou mieux un examen au colposcope comprenant , comme nous l'avons vu , un test au lugol . Si la colposcopie confirme qu'il s'agit d'une lésion suspecte , nous pratiquons une biopsie . Celle-ci , guidée ainsi par la colposcopie ou seulement par le test de SCHILLER , sera pratiquée au point le plus suspect . Des résultats , dépendra l'attitude thérapeutique .

Il est des cas où le col utérin est apparemment sain , mais , aprés avoir pratiqué un test au lugol , on peut constater une plage lugophobe . Nous pratiquons , quelques jours aprés , des frottis , un examen au colposcope et , si besoin est , une biopsie .

La multiplication des examens complémentaires permet de diminuer les erreurs de chaque méthode employée seule . Nous estimons que les frottis , la colposcopie , le test au lugol doivent être associés pour rechercher , localiser une lésion et diriger , sur celle-ci , la biopsie qui , seule , infirmera ou confirmera le diagnostic .

-:-:-:-:-

CHAPITRE V

D U T R A I T E M E N T

-:-:-:-

Dans un dernier chapitre , nous allons envisager le traitement que l'on peut appliquer en cas de cancer du col utérin chez la femme enceinte .

Mais , avant d'étudier la thérapeutique appliquée à telle ou telle malade , nous allons , d'abord , exposer les procédés thérapeutiques dont on dispose , puis étudier les indications propres à chaque observation présentée , enfin essayer de tirer une conduite à tenir générale .

LES METHODES :

Les procédés thérapeutiques dont on dispose pour traiter le cancer du col utérin sont :

- la chirurgie ,
- la roentgenthérapie ,
- la curiethérapie .

Ces différents procédés peuvent , d'ailleurs , être associés au cours du traitement .

A ces procédés , il convient d'ajouter , actuellement, la bombe au cobalt qui semble devoir améliorer les doses d'irradiation profonde .

LA CHIRURGIE :

Le traitement chirurgical consiste en une hystérectomie totale élargie , avec excision des paramètres , définie et recommandée par M. WERTHEIM , et qui peut être complétée par un curage ganglionnaire . MM. DARGENT et GUILLEMIN , en 1946 , ont préconisé d'associer la résection de la lame pré-sacrée .

L'opération à la WERTHEIM est facilitée , au cours de la grossesse , par l'imbibition gravidique qui rend plus aisée les clivages .

Mais cette imbibition gravidique gêne l'acte opératoire : il existe , en effet , une dilatation impressionnante du système veineux pelvien .

De plus , prés du terme , le volume utérin augmente les difficultés . Aussi est-il préférable de commencer par une opération césarienne , et , aprés extraction du foetus , il y a intérêt , comme l'a recommandé M. TAILHEFER , de pratiquer une hystérectomie sub-totale haute . Secondairement a lieu la dissection des paramètres .

Actuellement , l'acte chirurgical limité aurait tendance à remplacer l'hystérectomie totale élargie avec cellulo-lymphadénectomie .

LA ROENTGENTHERAPIE :

La roentgenthérapie permet d'irradier les paramètres et les ganglions .

La roentgenthérapie est contre-indiquée en fin de grossesse par la crainte d'un enfant " des rayons" . Elle serait , en effet , facteur de malformations foetales : la fréquence de celles-ci serait , pour M. MURPHY , de 37 % , pour M. GOLDSTEIN , de 50 % . Parfois , hez un enfant venu au monde apparemment normal , des troubles psychiques peuvent se manifester tardivement .

Quand on est obligé d'intervenir au début de la grossesse , la roentgenthérapie peut être employée dans un temps pré-opératoire car le foetus ne compte pas .

La roentgenthérapie , employée à doses élevées , entraine des lésions superficielles (cutanées) et profondes (en particulier , intestinales) .

Actuellement , la roentgenthérapie est plutôt employée aprés l'acte chirurgical et son association à la curie-

thérapie a permis de diminuer les doses , et , de ce fait , les risques d'accidents .

En pratique , on utilise des champs petits et multiples . On emploie essentiellement 2 champs ilio-cruraux, 2 champs ischiatiques . Certains associent 2 champs périnéo-obturateurs , et plus rarement , un champ sacré postérieur , un ou deux champs latéraux .

La dose moyenne est de 2.000 " r " par champ . Cette dose est répartie sur un grand nombre de jours de traitement ce qui a permis , dans une certaine mesure , de palier les dangers d'accidents cutanés et intestinaux .

De plus , ces irradiations sont faites sur un rythme alternant , laissant un intervalle de repos entre chaque champ irradié .

La bombe au cobalt est venue enrichir les procédés thérapeutiques .

Le rayonnement est plus pénétrant , ce qui permet un meilleur taux de transmission . Aussi donne-t-on une dose moindre à la peau , ce qui réduit les risques de lésions cutanées .

Le cobalt 60 ne comporte pas de composantes molles comme les rayons X . Le spectre est composé de deux raies trés proches .

L'absorption du rayonnement par les os et les cartilages est identique à celle de la peau : aussi le risque de nécrose osseuse , en particulier de la tête fémorale , sont diminués .

Enfin , le cobalt 60 permet d'obtenir une source puissante que l'on peut placer à un mètre de la peau . Ainsi l'irradiation est-elle rectiligne , ce qui évite le cône de dispersion des rayons X .

On utilise deux champs antérieurs , deux xhamps postérieurs . On peut utiliser des champs latéraux .

La dose totale émise est de 4.000 "r " par champ , c'est à dire I6.000 " r " pour les quatre champs . Au niveau de la tumeur , la dose est d'environ 8.000 " r " .

Ainsi la bombe au cobalt réalise un progrés dans l'irradiation profonde par l'amélioration des doses profondes , par la diminution des risques d'accidents cutanés et généraux .

Elle trouve son aplication majeure dans le traitement du cancer du col utérin .

LA CURIETHERAPIE :

La curiethérapie présente les mêmes inconvénients que la roentgenthérapie bien que les radiations soient moins diffusantes .

Les dangers de lésions foetales semblent diminuer au fur et à mesure que l'on approche du terme : on a présent à la mémoire l'observation publiée par MM. DIGONNET et GIBERT que nous avons relatée .

La curiethérapie peut être exécutée par colpostat (un foyer dans chaque cul-de-sac latéral , un foyer médian au niveau de la lésion cervicale) , par radium-puncture (les aiguilles radifères étant enfoncées dans la tumeur) .

La sonde intra-cervicale ne sera employée qu'aprés l'accouchement .

La dose totale est d'environ 30 millicuries détruites.

TRAITEMENT PROPRE A CHAQUE OBSERVATION :

Nous allons résumer le traitement entrepris dans chaque observation .

Ces observations seront groupées en fonction de l'époque où fut posé le diagnostic du cancer du col utérin et où fut entrepris le traitement :

- dans 3 cas , le cancer fut découvert au début de la grossesse : observation N° 2 , 7 , 8 ;

- dans 3 cas , le cancer fut découvert au cours du 2è trimestre , à mi-grossesse : observation N° I , 4 , 9 ;

- dans 3 cas , le cancer fut découvert au cours du dernier trimestre : observation N° 3 , 5 , II ;

- dans 2 cas , le cancer fut découvert au cours du travail : observation N° 6 , IO .

CAS OU LE CANCER FUT DECOUVERT AU COURS

DU Ier TRIMESTRE :

Dans 3 cas (observations N° 2 , 7 , 8) , le cancer a été découvert au cours du Ier trimestre .

Il a été pratiqué :

- dans l'observation N° 8 : une hystérectomie élargie suivie de roentgenthérapie ,

- dans l'observation N° 2 : une hystérectomie totale élargie suivie d'un traitement androgénique . Du fait d'une récidive locale , il fut prescrit un traitement roentgenthérapique ,

- dans l'observation N° 7 : un traitement curiethérapique (radium-puncture puis colpostat) suivi d'hystérectomie totale avec castration et roentgenthérapie post-opératoire .

Les résultats furent :

- dans la Ier observation : nous n'avons ;

pû voir des nouvelles de cette femme ,

- dans la 2è observation : décés I8 mois aprés l'intervention par récidive locale et métastases osseuses ,

- dans la 3è observation : survie I8 mois aprés .

Donc pour ces 3 cas :

- I survie aprés I8 mois ,

- I décés

- I évolution inconnue .

On peut donc constater :

- que la chirurgie seule ne suffit pas , même si le cancer est du stade I clinique ;

- que la chirurgie suivie de roentgenthérapie semble améliorer les résultats dans un cancer du stade I opératoire ,

- que la chirurgie , précédée de curiethérapie et suivie de roentgenthérapie , a permis une survie de I8 mois aprés l'intervention dans un cancer du stade II opératoire . Pour cette observation , malgré le peu de recul , l'état local satisfaisant autorise quelques espoirs .

Pour cette observation, malgré la peu de recul, l'effet
local multiplicateur extrême produisa encore.

CAS OU LE CANCER FUT DECOUVERT AU COURS

DU 2è TRIMESTRE :

Dans 3 cas (observations N° I , 4 , 9) , le cancer a été découvert au cours du 2è trimestre .

Il a été pratiqué :

- dans l'observation N° 4 : un traitement curiethérapique per-gravidique et préopératoire . La malade accoucha normalement à terme d'un enfant normal ,

- dans l'observation N° 9 : une opération césarienne suivie d'hystérectomie totale élargie . Secondairement un traitement androgénique fut prescrit ,

- dans l'observation N° I : une hystérectomie totale élargie après accouchement normal à terme et secondairement un traitement curiethérapique puis roentgenthérapique .

Les résultats furent :

- dans l'observation N° 4 : décés 2 mois aprés l'intervention au cours d'une crise d'oedème aigü du poumon ,

- dans l'observation N° 9 : survie de 6 ans aprés l'intervention ,

- dans l'observation N° I : survie de 5 ans aprés l'intervention .

Donc , dans ces 3 cas :

- I décés non en rapport avec le cancer ,

- 2 survies aprés un recul de 5 et 6 ans .

On peut donc constater que , dans l'observation N° I et N° 9 , le traitement a permis une survie prolongée malgré un stade I opératoire .

-:-:-:-:-

CAS OU LE CANCER FUT DECOUVERT AU COURS

DU 3è TRIMESTRE :

Dans 3 cas (observations N° 3 , 5 , II) , le cancer a été découvert au cours du 3è trimestre .

Il a été pratiqué :

- dans l'observation N° 3 : une opération césarienne suivie d'hystérectomie totale élargie ,
- dans l'observation N° 5 : une opération césarienne suivie d'une hystérectomie élargie . Secondairement fut prescrit un traitement androgénique ,
- dans l'observation N° II : une opération césarienne prés du terme avec ablation des trompes . Le traitement curiethérapique est en cours .

Les résultats furent :

- dans la Ier observation : décés 6 mois aprés l'intervention avec récidive locale et extension locale ,

- dans la 2è observation : décés 7 mois aprés l'intervention avec récidive locale et extension locale ,

- dans la 3è observation : le cancer s'est rapidement développé . Le pronostic est sombre .

On peut donc constater que , pour les 2 premières observations où le cancer était du stade II opératoire , l'acte chirurgical pratiqué dés que le diagnostic fut posé , n'a pas suffi .

Quant à la conduite tenue dans la 3è observation , nous constatons que le cancer s'est développé rapidement . On est donc en droit de pouvoir penser qu'il ne faut pas laisser évoluer la grossesse chez une femme porteuse d'un cancer du col utérin , et qu'il faut intervenir dés que le diagnostic est posé , puis entreprendre , nous semble-t-il , un traitement curiethérapique et roentgenthérapique . Nous n'avons , malheureusement , pas d'observation où l'on ait observé une telle attitude .

-:-:-:-:-

CAS OU LE CANCER FUT DECOUVERT AU COURS DU TRAVAIL :

Dans 2 cas (observations N°6 , IO) , le cancer a été découvert au cours du travail .

Il a été pratiqué :

- dans l'observation N° 6 : une opération césarienne suivie d'hystérectomie totale et secondairement de roentgenthérapie ,

- dans l'observation N° IO :une aplication de forceps aprés incision du col . Le traitement roentgenthérapique est en cours .

Les résultats furent :

- dans le Ier cas : décés 5 mois aprés l'intervention ,

- dans le 2è cas : nous ne pouvons pas encore juger .

Nous pouvons constater que , dans l'observation N° 6 où le cancer est du stade II opératoire , la chirurgie complétée par la roentgenthérapie , n'a pas suffi .

-:-:-:-:-:-

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CANCER DU COL UTERIN CHEZ LA FEMME ENCEINTE .

L'étude de ces résultats thérapeutiques nous permet , dans une certaine mésure , de dégager quelques conclusions .

CANCER DECOUVERT PENDANT LE Ier TRIMESTRE DE LA GESTATION:

Quand le cancer du col utérin est découvert pendant le Ier trimestre de la gestation , la grossesse ne doit pas compter : il faut l'interrompre .

L'attitude thérapeutique qui semble être la meilleure , est la suivante :

- curiethérapie , suivie 3 semaines aprés ,
- d'une hystérectomie totale élargie ,
- roentgenthérapie post-opératoire .

Tel est le schéma qui fut prescrit par M. Paul GIBERT dans l'observation N° 7 . L'état local , I8 mois aprés , est satisfaisant et autorise quelques espoirs .

C'est également l'attitude de M. ROUFFIAC quand le cancer est découvert à cette période de la grossesse .

-:-:-:-:-:-:-

CANCER DECOUVERT A MI-GROSSESSE :

Quand le cancer du col utérin est découvert à mi-grossesse , les problèmes thérapeutiques sont délicats et particulièrement angoissants .

Faut-il entreprendre un traitement curiethérapique per-gravidique prudent , comme dans l'observation N° 4 ?

Faut-il , comme dans l'observation N° I , aprés avoir prélevé la lésion , laisser la grossesse évoluer ?

Faut-il interrompre la grossesse , dés le diagnostic posé ?

Il est difficile de conclure car le radium per-gravidique risque d'occasionner des lésions foetales , l'expectative risque de laisser le cancer " brûler " les étapes .

Aussi semble-t-il préférable d'interrompre la grossesse :

- par une opération césarienne suivie aus-

sitôt d'une hystérectomie totale élargie ,

- roentgenthérapie post-opératoire .

Devant les sombres résultats obtenus , M. ROUFFIAC pense que l'on pourrait essayer d'améliorer le pronostic en plaçant , dés que la cicatrice vaginale le permet , un colpostat (détruisant 25 à 30 m.c.) . Nous n'avons pas encore d'observation dans laquelle une telle attitude thérapeutique a été adoptée .

-:-:-:-:-

CANCER DECOUVERT PENDANT LE 3è TRIMESTRE DE LA GESTATION:

Quand le cancer est découvert au cours du 3è trimestre de la grossesse , il faut , dés que le diagnostic est posé extraire le foetus et pratiquer une opération césarienne suivie aussitôt d'une hystérectomie .

Certains ont préconisé l'hystérectomie sub-totale pour permettre l'irradiation par le radium du col restant . Secondairement un traitement roentgenthérapique .

Il semble préférable de pratiquer une hystérectomie totale élargie et de poser , dés que la cicatrice vaginale le permet , un colpostat , détruisant environ 30 m.c. (M. ROUFFIAC) . Secondairement traitement roentgenthérapique .

-:-:-:-:-

EPITHELIOMA INTRA-EPITHELIAL :

Reste le problème de la découverte d'un épithélioma intra-épithélial chez une femme enceinte .

Faut-il , comme M. VARANGOT le préconise , pratiquer une conisation du col et si l'on découvre un envahissement , instituer un traitement radical ?

Faut-il , comme le Pr. FUNCK-BRENTANO l'a préconisé , instituer , aprés s'être assuré , par l'examen histologique , que l'épithélioma intra-épithélial n'est pas le témoin d'un épithélioma invasif , une surveillance colposcopique , colpo-cytologique et histologique pendant la grossesse et , ultérieurement , instituer la thérapeutique habituelle des cancers du col utérin chez la femme non enceinte ?

C'est cette dernière attitude qui nous semble préférable .

-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-

De l'étude de ces observations , quelques conclusions peuvent être tirées tant au point de vue clinique que thérapeutiques .

SUR LE PLAN CLINIQUE :

Le cancer du col utérin chez la femme enceinte peut ne s'accompagner d'aucune manifestation fonctionnelle . Si , le plus souvent , les métrorragies attirent l'attention et peuvent conduire la femme à consulter , parfois la lésion maligne n'est découverte qu'à l'occasion de l'examen .

Le toucher vaginal peut permettre de percevoir une anomalie du col . Mais , le plus souvent , les renseignements fournis par le toucher , sont peu précis car l'imbibition gravidique ramollit l'infiltration néoplasique , même en cas de cancer végétant .

Chez toute femme enceinte , l'examen au spéculum doit être pratiqué pendant la grossesse et quelques semaines aprés l'accouchement . L'interprétation de cet examen est , d'ailleurs , difficile .

Le test de SCHILLER attire l'attention sur une plage lugophobe , sans traduction clinique et qui peut être , cependant , le siège d'un épithélioma intra-épithélial . Il permet d'orienter la biopsie .

La colposcopie permet de préciser certaines images lugophobes . Mais la colposcopie , pas plus que le test de SCHILLER , n'est habilitée à affirmer ou infirmer le cancer , car , à une même image colposcopique , peuvent correspondre des lésions histologiques différentes .

Les frottis vaginaux et cervicaux présentent un grand intérêt mais ils ne doivent pas remplacer l'examen clinique .

C'est la biopsie , et la biopsie seule , qui permet d'affirmer le diagnostic . Encore faut-il faire une biopsie suffisamment large et comprenant à la fois du tissu suspect et du tissu supposé sain .

SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE :

La grossesse doit être interrompue dés que le diagnostic est posé .

Quand le cancer est découvert au début de la grossesse (avant qu'une survie du foetus soit à espérer) , quand le cancer est découvert dans le post-partum , il semble que la moins mauvaise conduite serait d'entreprendre d'abord un traitement curiethérapique , puis , trois semaines aprés , pratiquer une hystérectomie totale élargie . Secondairement , un traitement roentgenthérapique .

Quand le cancer est découvert alors que la survie du foetus est à espérer , il faut pratiquer , aussitôt , une opération césarienne suivie d'une hystérectomie totale élargie . Dés que la cicatrice vaginale le permet , curiethérapie (M. ROUFFIAC) , secondairement roentgenthérapi . .

Le traitement de l'épithélioma intra-épithélial sera guidé par la biopsie . S'il s'agit d'une lésion non envahissante , instituer une surveillance stricte de la malade et attendre le terme . Si , par contre , la lésion a dépassé le stade épithélial , intervenir comme s'il s'agissait d'un cancer au stade I .

CONCLUSION :

Toute lésion du col utérin doit être dépistée et traitée en dehors de la puerpuéralité .

Au cours de la grossesse , la découverte d'une lésion suspecte sur le col utérin nécessite des examens complémentaires et , surtout , d'une biopsie ; qui , seule , permet d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic .

C'est de la réponse de l'anatomo-pathologiste que dépendra l'attitude thérapeutique : simple surveillance en cas d'épithélioma intra-épithélial non invasif , nécessité d'intervenir dans tous les autres cas , quelque soit le terme de la grossesse .

-:-:-:-:-

Vu :

Le Président :
signé : LANTUEJOUL

Vu :

Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : JEAN SARRAILH .

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-

- ABERNETHY D.A.

Un cas d'obstacle praevia dû à un dysgerminome ,
J. Obstr. Gyn. Brit. Emp. - Août I943 - 50 - N° 4 -
278 .

- AMBRE C.

Cancer du col méconnu jusqu'au terme de la grossesse ,
Gyn. Obst. " suppl. " - I95I - 3 - N° 2 - 278 .

- ARENAS N. et VOLTA R.A.

Cancer du col de l'utérus et grossesse ,
Prensa Med. Argent. - 9 Juillet I954 - 4I - N° 28 -
I987 à I993 .

- ARTHUR H.R.

Dystocie cervicale
J. Obst. Gyn. Brit. Empi. - Décembre I949 - 56 -
N° 6 - 983 à 993 .

- ATWELL F.C.

Prise en considération du foetus dans le traitement
du cancer du col au cours de la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Novembre I950 - 60 - N° 5 -
II74 à II75 .

- AYRE J.E.

Cancer cytology of the uterus
Grune - N.Y. - I95I .

- AYRE J.E.

Grossesse consécutive à un cancer du col : C.R. de 2 cas traités au stade de pré-invasion ,
Surg. Gyn. Obst. - Mars I950 - 90 - N° 3 - 298 à 304 .

- BAUD J. (Mlle.) et BLANCHET F. (Mlle.)

Evolution clinique de 44 cas d'épithélioma du col utérin au cours de la gestation , traités par radiothérapie à la Fondation Curie de I929 à I950 ,
Bull. Ass. Franç. Et. Cancer - I952 - 39 - N° I 48 à 62 .

- BENBOW THOMPSON W.

Grossesse consécutive à une tumeur maligne ,
Am. J. Obst. Gyn. - Avril I954 - 67 - N° 4 - 8I0 à 824 .

- BEN PECKHAM et Coll.

Anomalies épithéliales du col aprés la grossesse
Am. J. Obst. Gyn. - 67 - I954 - I - 8I

- BIANCO A. et ANDRADE J.

Grossesse compliquée par un cancer du col de l'utérus ,
An. Brasil. Gin. - Mai I954 - I9 - N° 5 - 283 à 288 .

- BLANC M.

Cancer du col et grossesse ,
Bull. Cancer - I947 - 34 - N°3 - 4 - 223 - 244 .

- BORY R.

Essai de dermatologie cervicale
Rev. Franç. Gyn. et Obst. - Janvier et Février I955 - N° I et 2 .

- BOURG , GOMPEL , PUNDEL

Diagnostic cytologique du cancer génital chez la femme ,
Desoer - Liège - I954 .

- BOURG

Rev. Franç. Gyn. et Obst. - I932 - 27 - I

- BRET J.

La grossesse et l'accouchement aprés curiethérapie cervico-utérine , indications thérapeutiques ,
Thèse Paris - I94I - N° 5 .

- BRET J. et DEPLUS J.

Conséquences obstétricales de la curiethérapie utérine . Fréquences des avortements et dystocie cervicale ,
Pres. Med. - I9 Mai I945 - N° 20 - 255 .

- CADERAS de KERLEAU , BETOULIERES et DURAND
Cancer du col et grossesse ,
Gyn. et Obst. - I947 - N° 3 - 38I .

- CHALFANT et MERING
Carcinome du col de l'utérus en rapport avec la grossesse ,
Am; J. Obst. Gyn. - Mai I940 - 39 - N°5 - 85I à 854.

- CHOSSON J. et PAOLI J.
Cancer du col et grossesse : résultat éloigné ,
Bull. Fed. Soc. Obst. Gyn. - I953 - 5 - N° 2 -
I97 à I99 .

-CORNIL L. , BOURDONCLE L. , MICHOTEY G.
Considérations statistiques sur l'épithélioma du col utérin chez la femme âgée de moins de 3I ans ,
Conc. Med. - 24 Septembre I949 - 7I - N° 39 - 2I7I à 2I72 .

- COURTOIS et MAUVIEL
Cancer du col et grossesse
Gyn. Obst. - I943 - 43 - N° IO , II , I2 - I73 à I74

- DARO A.F. , PRIMIANO N.P. , GOLLIN H.A. et NORA E.
Cancer du col dans les suites de couches ,
Am. J. Obst. Gyn. - Janvier I954 - 67 - N° I - I5 à 20

- DE BRUX J. , WENNER-MANGEN H. (Mme.) , ROBERT C.
Gyn. Obst. - I954 - 53 - 394 .

- DEGENHARDT J.D.

Cancer du col simulant un placenta praevia ,
Am. J. Obst. Gyn. - Janvier I95I - 6I - N° I - 2I4 .

- DIGONNET L. , GIBERT P. , WALLON L.

Grossesse avec cancer du col terminée par un accouchement normal aprés curiethérapie ,
Pres. Med. - 2I Novembre I953 - 6I - N° 75 - I538 .

- DUCARRE R.

Contribution à l'étude des frottis vaginaux pendant la gestation de la femme ,
Thèse Paris .

- DUCUING GUILHEM

Relation entre la parité et le cancer du col
Bull. Soc. Obst. Gyn. - I932 - 2I - 6I2 .

- EPPERSON J.V.V. , HELLMAN L.M. , GALVIN G.A. et BUSBY T.

Les modifications morphologiques du col au cours de la grossesse , y compris le cancer intra-épithélial ,
Am. J. Obst. Gyn. - Janvier I95I - 6I - N° I - 50 à 6I

- FISHER J.J.

L'effet de l'amputation du col del'utérus sur les grossesses ultérieures ,
Am. J. Obst. Gyn. - Septembre I95I - 62 - N° 3 - 644 à 648 .

- FLOKSZTRUMPF M.

La grossesse et le cancer des organes génitaux et du sein ,

Semana Med. - 2I Décembre I950 - 57 - N° 297I - II39 à II95 .

- FLUHMANN C.F.

Etudes cliniques et histo-pathologiques des lésions du col utérin pendant la grossesse ,

Am. J. Obst. Gyn. - Janvier I948 - 55 N°I - I3? à I50 .

- FUNCK-BRENTANO P.

Prophylaxie en Gynécologie et Obstétrique ,

Congrés Inter. Gyn. et Obst. - Genève - Georg. - I954 I44 .

- FUNCK-BRENTANO P.

Cancer du col gravide

57è Congrés Franç. de Chiru. - Rapports - I955 - 2I0 à 2I8 .

- FUNCK-BRENTANO P.

Le cancer du col gravide

Sem. Hôpi. Paris - 3I/6 - I955 - 3202/S.P. 286 à 3206/ S. P. 29I .

- FUNCK-BRENTANO P. , MORICARD R. , PALLER R. , DE BRUX J.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue Franç. - I952 - 4 - N° I bis - 80 - Cong. d'Alger .

- FURTADO A.H.
Cancer du col de l'utérus et grossesse ,
Rev. Gin. Obst. - Décembre I940 - 43 - N° 6 - 694 à 696 .

- GAGNON F.
Am. J. Obst. Gyn. - I950 - 60 - 5I6 .

- GOULART de ANDRADE
Grossesse et cancer du col
Rev. Gyn. Obst. - I94I - 2 - 65 - I68 à 2II .

- GRAHAM R.M. et GRAHAM J.B.
Cytological prognosis in cancer of the uterine cervix treated radiologically ,
Cancer - 8 : 59 à 70 - I955 .

- GRAHAM R.M. et GOLDIE K.R.
Prognosis in irradiated cancer of the cervix by mesurement of cell size in the vaginal smear ,
Cancer - 8 - 7I à 77 - I955 .

- GREENE et Coll.
Surg. Gyn. Obst. - I953 - 93 - 7I .

- GUIBAL
Fibromyome du col et dystocie
Gyn. Obst. - Suppl. - I949 - I - N° I - 44 .

- HAMPERL H. , KAUFMAN C. , ORER K.G.
Arch. für Gynäk. - I954 - I84 - I8I .

- HERBST I.

Grossesse avec cancer simultané du col ,
Thèse Munich - I940 - N° I62 .

- HINSELMANN H.

Einführung in die Kolposkopie ,
Hartûng - Hambourg I939 .

- HIRST J.C.

Cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse , se référant particulièrement à la comparaison entre les biopsies par ponction et les frottis diagnostiques de Papanicolaou ,
Am. J. Obst. Gyn. - Avril I95I - 6I - N° 4 - 860 à 87I .

- HIRST J.C.

Cancer compliquant la grossesse,
J. A. M. A. - 28 Janvier I950 - I42 - N°4 - 230 à 236 .

- HIRST J.C. et BROWN M.L.

Le diagnostic des cancers du col au cours de la grossesse et à leur tout premier stade ,
Am. J. Obst. Gyn. - Décembre I952 - 64 - N° 6 - I296 à I302 .

- ISIDOR P. , CHASQUES R. , FRADIN J.

Un cas d'épithélioma intra-épithélial du col découvert au cours d'une grossesse . Electrocoagulation . Epithélisation normale ,
Gyn. Obst. Suppl. - I954 - 6 N°I - 40 à 45 .

- JOHNSON V.O. et VEINFURTNER B.J.
Cancer du col associé à la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Juin I950 - 59 - N° 6 - II89 à I20I .

- JONES H.W. et NEILL W.
Traitement du cancer du col au cours de la grossesse
Am. J. Obst. Gyn. - Octobre I944 - 48 - N° 4 - 447 .

- KELLER B. et GAERTNER F.
Cancer du col et grossesse extra-utérine ,
Gyn. Obst. - I95I - 3 - N° 4 - 700 à 70I .

- KOTTMEIER H.
Carcinoma of the female genitalia
I vol. Williams and Wilkins , ed. Baltimore - I953 .

- LABOUR E.
Contribution à l'étude du traitement du cancer du col utérin chez la femme enceinte ,
Thèse Paris , N° 442 .

- LABRY R. et CARRON R.
Néoplasme du col à évolution extrêmement rapide dans le post-partum ,
Gyn. Obst. - I948 - 47 - N° 2 - 256 à 259 .

- LAMY M. , JAMMET M.L. (Mlle.) , POGNAN C. (Mme.) et SCHWEISGUTH O. (Mlle.)
Nanisme microcéphalique chez un enfant exposé à l'action du radium au 5è mois de sa vie intra-utérine,
B. M. Soc. Med. Hôp. Paris , I943 - N° I , 2 , 3 , 4 -

35 à 36 .

- LEGROS M.

Recherches sur le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus au cours de la gravidité ,

Thèse Paris I954 - N° 6I2 .

- LEPAGE F. et SCHRAM B.

La déciduose du col de l'utérus

Gyn. Obst. - N° 5 , 54 - I955 - 550 à 564 .

- LEVY J.L.

Influence inattendue d'une grossesse sur un épithélioma du col utérin : guérison clinique aprés l'accouchement ; récidive deux ans aprés ,

C. R. Soc. Franç. Gyn. - Décembre I95I - 2I - N° 9 - 390 à 393 .

- LIMBOSCH J.

Cancer du col utérin et grossesse de 3 mois et cancer laissé en place . Traitement chirurgical . Démonstration de spécimens opératoires .

Acta Chir. Belg. - Février I95I - 43 - N° 2 - 99 à I02.

- LIMBURG H.

Geburtshilfe und Frauenheilk - I954 - I4 - 93 .

- MAGENDIE J. , CHASTRUSSE L. , BIRABEM , CATOR , SOULIREUX , MORIN

Etude de l'épithélium cervical au cours de la grossesse,

Gyn. Obst. - N° 5 - I955 - 5 - 594 à 605 .

- MAHON R.

Cancer du col et grossesse . Radium , chirurgie ,
Bull. Soc. Gyn. Obst. - I939 , I940 , N° 9 - 589 à 590 .

- MAHON R.

Anomalie de dilatation par cancer du col ,
Bull. Ass. Gyn. Obst. - I950 - 2 - N° I - 76 .

- MAINO C.R. , MUSSET R.D.

Cancer du col coincident avec la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Février I944 - 47 - N° 2 - 229 .

- MAINO C.R. , BRODERS A.C. et MUSSET R.D.

Pathologie du néoplasme malin du col coincidant avec la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Décembre I944 - 48 - N° 6 - 806 à 823 .

- MARTIN R.T. et KENNY M.

Modifications dans le col de l'utérus simulant un adéno-cancer et ce , au cours de deux grossesses successives ,
J. Obst. Gyn. Brit. Emp.- Août I950 - 57 - N° 4 - 608 à 6I5 ,

- MAYER A.

Le cancer du col et le processus de la procréation ,
Med. Kiln. - 26 Juin I953 - 48 - N° 26 - 9I3 à 9I7 .

- MAYER A.

Cancer du col , processus de procréation et irradiation préventive ,
Strahlenthérapie - I953 - 92 - N° 3 - 325 à 338 .

- MESTWERDT G.

Atlas de Kolposkopie ,
2è ed. (G. Fischer , edt.) Jena - I953 .

- MEURER G.

Radiothérapie des tumeurs et grossesses ,
Thèse Munich I94I - N° 23I .

- MORICARD R.

Problèmes statistiques des erreurs apportées par les frottis vaginaux dans le diagnostic précoce du cancer du col ,
Gyn. Obst. - N° 3 - 54 - I955 - 294 à 332 .

- MORICARD R.

Erreurs apportées par les frottis vaginaux ,
Gyn. Obst. - 54 - N°.3 - I955 .

- MORICARD R.

A propos du procés verbal du 7 Mars I955 sur la valeur des examens colpo-cytologiques ,
Bull. Soc. Gyn. Obst. - 7 - N° 4 - I955 - 397 .

- MUNDELL J.J.
Le cancer du col compliquant la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Juillet I939 - 38 - N° I - I30 à I34 .

- NESBITT R.E.L. , HELLMAN L.M.
Surg. Gyn. Obst. - I952 - 94 - IO .

- NOVIKOFF I.I.
Un cancer du col utérin au cours de lagrossesse ,
Akouchestvo Ginek. - I954 - N° 2 - 66 à 68 .

- PAPANICOLAOU G.
Atlas of exfoliative cytology ,
Harvard Univ. Pres. - N.Y. - I943 .

- PAPANICOLAOU G.
Diagnostic du cancer utérin par les frottis vaginaux ,
N.Y. - I943 .

- PERETTI della ROCCA M.
Contribution à l'étude du traitement du cancer du col utérin chez la femme enceinte ,
Thèse Paris I946 - N° 428 .

- PUNDEL J.P. et VAN MEENSEL F.
Gestation et cytologie vaginale ,
I vol. (Masson et Cie. edit.) Paris I95I .

- RICH J.R. , ANGRIST A.A. et CARPENTIER F.
Action de l'irradiation sur le produit de la conception dans un cas de cancer du col compliquant une grossesse ;
N.Y. - State J. Med. - Septembre I95I - 5I - N° I8 - 2I66 à 2I68 .

- ROCHA A.H.
Césarienne et Wertheim pour cancer incipiens du col ,
An. Brasil Gin. - Mars I950 - I5 - N° 3 - 235 à 246 .

- ROCHAT R.L.
Cancer du col utérin et grossesse ,
Bull. Ass. Gyn. Obst. - I950 - 2 - N° I - 5I à 55 .

- ROSELER W.
Poursuite de la grossesse aprés amputation du col pour cancer ,
Zbl. Gyn. - I953 - 75 - N° 52 - 2025 à 2026 .

- ROUCHY R.
Deux cas de cancer du col utérin au cours de la gestation , l'un observé au début du travail , l'autre au début de la grossesse ,
Gyn. Obst. - I944 , I945 - N° I2 - 462 à 465 .

- ROUX G. et BETOULIERES P.
Cancer du col et grossesse ,
J. Radio. Electro. - I946 - N° II et I2 - 556 .

- RUNGE H. et ZEITZ H.

Les processus de la gestation et le cancer du col utérin ,

Geburtsh. U. Frauenhk. - Octobre I955 - I5 - N° I0 877 à 884 .

- SADUGOR M.

Cancer du col coincidant avec une grossesse ,

Am. J. Obst. Gyn. - Mai I949 - 57 - N° 5 - 933 à 938 .

- SAPPEY J. et CONTAMIN R.

Cancer du col et grossesse . Hystérectomie subtotale sus-isthmique . Curiethérapie . Guérison ,

Gyn. Obst. - Suppl. - I95I - 3 - N° 2 - 277 à 278 .

- SCHARPLATZ A.

Cancer du col chez les primigestes ,

Gyn. - Décembre I949 - I28 - N° 6 - 4I0 à 4I6 .

- SCHLEIFSTEIN J.

Les modifications du col utérin associées à la grossesse et au cancer épidermoïde in situ ,

N.Y. State J. Med. - Décembre I950 - 50 N° 23 - 2795 à 280I .

- STEVENSON R.B.C.

Grossesse et cancer ,

Med. J. Aust. - Avril I953 , 40 - N° 35 - 508 à 5I2 .

- STOLL P. et RIEHM H.
Particularités histologiques du cancer du col au cours de la grossesse :
Zschr. Gebh. Gyn. - I953 - I38 - N° 2 - I90 à 207 .

- SURAN R.R. et MEISTER P.C.
Papillome du col durant la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. , Février I948 - 55 - N° 2 - 342 à 345 .

- THORNTON W.N. , NOKES J.M. , WILSON L.A. et BROWN D.J.
Cancer épidermoïde du col compliquant la grossesse ,
Am. J. Obst. Gyn. - Septembre I952 - 64 - N° 3 - 573 à 580 .

- THOYER - ROZAT J.
Le papillome du col utérin ,
Rev. Franc. Gyn. Obst. - Mai I947 - 42 - N° 5 - I83 à I87 .

- VAN DER STRAETEN F.
Bull. Soc. Gyn. Obst. - I952 - 4 - 42I .

- VAN DER STRAETEN F.
Dix cas de néo du col et grossesse ,
Gyn. Obst. Suppl. - I952 - 4 - N° 3 - 42I à 433 .

- VAN DER STRAETEN F.
Dix cas de cancer du col et grossesse ,
Brux. Med. - Mars I953 - 33 - N° I3 - 665 à 677 .

- VAN MEENSEL

Bull. Soc. Gyn. Obst. Paris I950 - 2 - 239 .

- VARANGOT J. , NUOVO V. (Mlle.) , VASSY S.

Le diagnostic des lésions épithéliomateuses du col utérin au cours de la gestation ,

Gyn. Obst . - I955 - 54 - N° 3 - 26I à 293 .

- VARANGOT J. , NUOVO V. (Mlle.) , VASSY S.

Gyn. Obst. - I952 - 5I - 426

Gyn. Obst. - I953 - 52 - II3 .

- WILLSON R.J.

Cancer du col compliquant une grossesse ,

Am. J. Obst. Gyn. - Septembre I945 - 50 - N° 2 - 276 à 283 .

- WOLFE S.A.

Papillome du col associé à la grossesse ,

Am. J. Obst. Gyn. - Août I950 - 60 - N° 2 - 448 à 45I .

-:-:-:-:-